

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра акушерства та гінекології

**В.О. Залізник**

**Нові погляди  
на тактику ведення пацієнток  
з генітальним ендометріозом**

*Навчально-методичний посібник  
для самостійної роботи студентів V–VI курсів  
медичного факультету та лікарів-інтернів  
акушерів-гінекологів*

Запоріжжя  
2017

УДК 618.145-082(075.8)  
ББК 57.1я73  
3-22

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ.  
Протокол № 3 від 2 березня 2017 року.*

**Автор:**

**В.О. Залізняк** – професор кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету.

**Рецензенти:**

**Г.І. Резніченко** – професор кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», доктор мед. наук, професор, Заслужений лікар України;

**Д.Є. Барковський** – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО Запорізького державного медичного університету, доктор мед. наук.

**Залізняк В.О.**

3-22 Нові погляди на тактику ведення пацієнток з генітальним ендометріозом : навчальний посібник для самостійної роботи студентів V–VI курсів медичного факультету та лікарів-інтернів акушерів-гінекологів / В.О. Залізняк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 100 с. – Бібліогр.: с. 97–100.

Підручники з гінекології, якими користуються студенти старших курсів медичного факультету, в цілому викладають розділ «Генітальний ендометріоз» відповідно до відведених навчальними планами годин.

Разом з тим у затвердженому наказом МОЗ України від 06.04.2016 № 319 уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом» надаються найновіші аспекти етіопатогенезу, діагностики, лікування і профілактики ендометріозу.

Самостійна робота над запропонованим студентам навчальним посібником дозволить їм сприймати цю проблему на рівні сьогодення та краще орієнтуватися у цій патології.

Що стосується лікарів-інтернів акушерів-гінекологів, то вони протягом трьох років навчання в інтернатурі повинні отримати більш глибокі знання, які ґрунтувалися б на останніх дослідженнях цієї непрості проблеми. На це і спрямовані матеріали, викладені в навчальному посібнику, які мають бути засвоєні шляхом самостійної роботи.

Посібник може бути корисним також практичним лікарям акушерам-гінекологам.

**УДК 618.145-082(075.8)**  
**ББК 57.1я73**

© Залізняк В.О., 2017  
© ЗДМУ, 2017

# ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| Перелік умовних скорочень .....   | 6  |
| <b>Вступ</b> .....  | 7  |
| <b>Частина I.</b>   |    |
| <b>Загальні дані про генітальний ендометріоз</b> .....  | 8  |
| 1. Термінологія та класифікація .....   | 8  |
| 2. Поширеність процесу .....  | 15 |
| 3. Етіологія та патогенез ендометріозу .....  | 16 |
| 4. Загальна симптоматика та клінічна картина<br>різних форм генітального ендометріозу .....   | 20 |
| 5. Особливості діагностики<br>окремих форм ендометріозу .....                                 | 23 |
| 5.1. Внутрішній ендометріоз .....   | 23 |
| 5.1.1. Ендометріоз тіла матки (аденоміоз) .....   | 23 |
| 5.1.2. Ендометріоз цервікального каналу .....   | 30 |
| 5.1.3. Ендометріоз інтрамуральної частини<br>маткових труб .....                              | 30 |
| 5.2. Зовнішній ендометріоз .....  | 31 |
| 5.2.1. Перитонеальний ендометріоз .....   | 31 |
| 5.2.1.1. Ендометріоз яєчників .....   | 31 |
| 5.2.1.2. Ендометріоз маткових труб .....  | 34 |
| 5.2.1.3. Ендометріоз тазової очеревини .....  | 35 |
| 5.2.2. Екстраперитонеальний ендометріоз .....   | 38 |
| 5.2.2.1. Ендометріоз піхвової частини<br>шийки матки .....                                    | 38 |
| 5.2.2.2. Ендометріоз піхви та вульви ...  | 39 |
| 5.2.2.3. Ретроцервікальний ендометріоз,<br>ендометріоз маткових зв'язок<br>та клітковини..... | 40 |
| 6. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз .....   | 41 |

## Частина II.

### Тактика ведення пацієнок

#### з генітальним ендометріозом згідно з УКПМД

(рубрикацію розділів збережено згідно з оригіналом) .... 42

**Розділ III. Основна частина УКПМД** ..... 42

**3.1. Первинна медична допомога** ..... 45

3.1.1. Первинна профілактика ..... 45

3.1.2. Діагностика ..... 46

3.1.3. Лікування ..... 47

3.1.4. Подальше спостереження ..... 48

**3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна  
(високоспеціалізована) амбулаторна  
медична допомога** ..... 49

3.2.1. Діагностика ..... 49

3.2.2. Лікування ..... 51

**3.3. Вторинна (спеціалізована) та третинна  
(високоспеціалізована) стаціонарна  
медична допомога** ..... 53

3.3.1. Госпіталізація ..... 53

3.3.2. Діагностика ..... 54

3.3.3. Лікування ..... 55

3.3.4. Виписка з рекомендаціями  
на післягоспітальний період ..... 57

3.3.5. Реабілітація ..... 58

**Розділ IV. Опис етапів надання медичної допомоги** . 59

**4.1. Загальний алгоритм організації медичної  
допомоги пацієнткам з ендометріозом** ..... 59

**4.2. Принципи консультування пацієнтки** ..... 60

**4.3. Загальний алгоритм діагностики  
та диференційної діагностики** ..... 60

4.3.1. Збір анамнезу ..... 60

|   |           |
|---|-----------|
| 4.3.2. Скарги пацієнтки .....   | 61        |
| 4.3.3. Загальне обстеження .....  | 63        |
| 4.3.4. Інструментальні методи діагностики .....   | 64        |
| 4.3.5. Лабораторна діагностика .....  | 66        |
| 4.3.6. Диференційний діагноз .....  | 67        |
| <b>4.4. Алгоритм лікування .....</b>  | <b>68</b> |
| 4.4.1. Консервативні методи лікування .....   | 68        |
| 4.4.1.1. Медикаментозне лікування<br>ендометріозу .....   | 68        |
| 4.4.1.2. Додаткові методи лікування<br>симптомів ендометріозу .....                                     | 71        |
| 4.4.1.3. Спосіб життя і дотримання дієти ...  | 72        |
| 4.4.2. Хірургічне лікування .....   | 72        |
| <b>4.5. Ендометріоз у дівчаток та дівчат-підлітків .....</b>  | <b>78</b> |
| <b>Розділ V. Ресурсне забезпечення</b><br>виконання протоколу .....                                     | <b>81</b> |
| <b>5.1. Первинна медична допомога .....</b>   | <b>81</b> |
| <b>5.2. Вторинна (спеціалізована), третинна</b><br><b>(високоспеціалізована) медична допомога .....</b> | <b>82</b> |
| <b>Додаток до УКПМД. Пам'ятка для пацієнток</b><br><b>з генітальним ендометріозом .....</b>             | <b>82</b> |
| <b>Частина III. Матеріали для самоконтролю .....</b>  | <b>87</b> |
| 1. Контрольні запитання .....   | 87        |
| 2. Ситуаційні задачі .....  | 88        |
| 3. Тестові завдання .....   | 91        |
| <b>Рекомендована література .....</b>   | <b>96</b> |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

|                |  |
|----------------|--|
| <b>аГнРГ</b>   | – агоністи гонадотропін-рилізінг-гормону   |
| <b>АМК</b>     | – аномальні маткові кровотечі  |
| <b>ВМК</b>     | – внутрішньоматковий контрацептив  |
| <b>ГЕ</b>      | – генітальний ендометріоз  |
| <b>ГІЕ</b>     | – глибокий інфільтративний ендометріоз   |
| <b>ГнРГ</b>    | – гонадотропний рилізінг-гормон  |
| <b>ГСГ</b>     | – гістеросальпінгографія   |
| <b>ДРТ</b>     | – допоміжні репродуктивні технології   |
| <b>ЕЯ</b>      | ендометріоз яєчників   |
| <b>ЗГТ</b>     | – замісна гормональна терапія  |
| <b>ЗОЗ</b>     | заклади охорони здоров'я   |
| <b>ІПСШ</b>    | – інфекції, що передаються статевим шляхом   |
| <b>КОК</b>     | – комбіновані оральні контрацептиви  |
| <b>ЛГ</b>      | – лютеїнізуючий гормон   |
| <b>ЛНГ-ВМС</b> | – внутрішньоматкова система з левоноргест-релом  |
| <b>НППЗ</b>    | – нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби  |
| <b>ПШЕ</b>     | – поверхневий перитонеальний ендометріоз   |
| <b>УКПМД</b>   | – уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги під назвою «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом» |
| <b>ФСГ</b>     | – фолікулостимулюючий гормон   |
| <b>ХТБ</b>     | – хронічний тазовий біль   |
| <b>ASRM</b>    | – Американське товариство фертильності   |
| <b>ESHRE</b>   | – Європейське товариство з питань репродукції людини та ембріології  |
| <b>SOGC</b>    | – Товариство акушерів та гінекологів Канади  |

## Вступ

Серед гінекологічних захворювань ендометріоз займає особливе місце, що пов'язано з його частотою, різноманітністю клінічних проявів, складнощами діагностики та лікування. Під терміном «ендометріоз» розуміють наявність функціонально активних ендометріюїдних залоз і строми, які розміщені ектопічно поза порожниною матки.

Перший опис цього захворювання зробив ще в 1860 році професор патологічної анатомії Віденського університету Карл Рокитанський, який описав у м'язовому шарі матки наявність залоз ендометрія та строми. Однак сам термін «ендометріоз» запропонував Blair Bell лише в 1892 році.

З того часу обізнаність лікарів із цим захворюванням значно зростає, і нині ендометріоз діагностується все частіше. Це одне з найбільш поширених захворювань серед тих, з якими мають справу гінекологи.

Опубліковані результати численних досліджень, які висвітлюють інформативність різних методів діагностики ендометріозу та ефективність нових підходів до його лікування.

Після затвердження клінічного протоколу «Генітальний ендометріоз» (наказ МОЗ України від 15.12.2003 року № 582) опубліковано багато робіт, в яких пропонуються нові підходи до вирішення вказаної проблеми. Проте на часі, незважаючи на накопичений значний клінічний досвід, трактування причин, оцінка діагностичних засобів і методів лікування цього патологічного стану залишаються суперечливими.

Це стало підставою для затвердження наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.04.2016 року № 319 уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги під назвою «Тактика ведення пацієнок з генітальним ендометріозом» (УКПМД).

## Частина I

# ЗАГАЛЬНІ ДАНІ ПРО ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ

## 1. Термінологія та класифікація

Ендометріоз є доброякісним гормонозалежним захворюванням, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини (морфологічно та функціонально подібної до ендометрія) за межами ендометрія, що спричиняє хронічну запальну реакцію. За МКХ-10 виділяють:

N 80 Ендометріоз

N 80.0 Ендометріоз матки (аденоміоз)

N 80.1 Ендометріоз яєчника

N 80.2 Ендометріоз маткової труби

N 80.3 Ендометріоз тазової очеревини

N 80.4 Ендометріоз прямокишково-піхвової перетинки і піхви

N 80.5 Ендометріоз кишечника

N 80.6 Ендометріоз шкірного рубця

N 80.8 Інший ендометріоз

N 80.9 Ендометріоз неуточнений

Найбільш уживана на часі топічна класифікація передбачає:

### I. Генітальний ендометріоз

#### 1. *Внутрішній ендометріоз*

1.1. Ендометріоз тіла матки (аденоміоз) I, II, III, IV стадії залежно від глибини ураження міометрія:

- залозиста, кістозна, фіброзна форми;
- вогнищева, вузлова, дифузна форми.

1.2. Ендометріоз цервікального каналу.

1.3. Ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.



## 2. *Зовнішній ендометріоз*

### 2.1. Перитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форми);
- ендометріоз маткових труб;
- ендометріоз тазової очеревини (червоні, чорні, білі форми).

### 2.2. Екстраперитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз піхвової частини шийки матки;
- ендометріоз піхви, вульви;
- ретроцервікальний ендометріоз;
- ендометріоз маткових зв'язок;
- ендометріоз параметральної, паравезікальної, паракольпальної клітковини (без і з проростанням у сечовий міхур, пряму кишку).

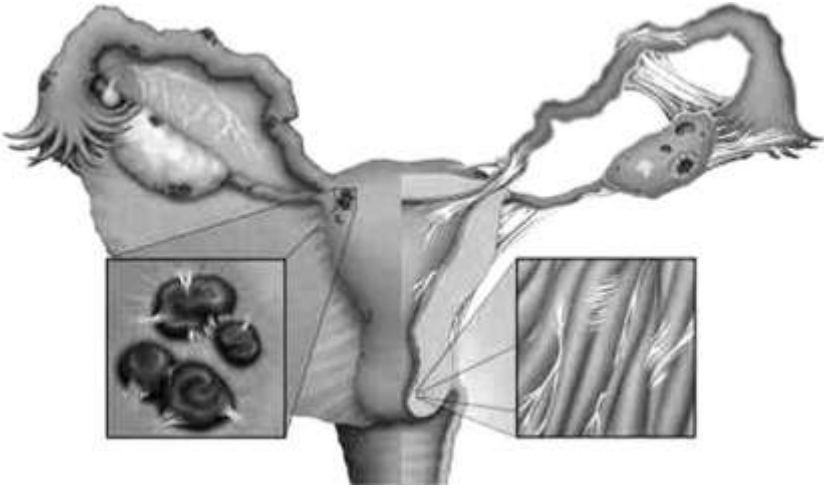
## 3. *Зовнішньо-внутрішній ендометріоз*

### 4. *Поєднані форми генітального ендометріозу* (генітальний ендометріоз у сполученні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

**II. Екстрагенітальний ендометріоз** (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври та ін.)

**III. Поєднані генітально-екстрагенітальні форми ендометріозу**

Потрібно зазначити, що за останні півсторіччя було запропоновано більше десяти різних класифікацій ендометріозу. Багато авторів поділяють точку зору А.Ф. Нанеу (1993), що термін «ендометріоз» варто використовувати щодо всіх локалізацій ендометріюїдних гетеротопій, окрім міометрія, де цей процес має носити назву «**аденоміоз**». Обґрунтовується це тим, що, по-перше, клінічна картина та діагностика аденоміозу має свої дуже суттєві особливості.



*Рис. 1. Локалізації генітального ендометріозу*

По-друге, аденоміоз не може бути наслідком «ретроградної менструації» через маткові труби, як стверджує найбільш поширена імплантаційна теорія виникнення ендометріозу. До міометрія клітини потрапляють із базального шару ендометрія, як про це свідчать прихильники транслокаційної гіпотези виникнення ендометріозу матки.

У результаті впровадження в практику лапароскопії, яку вважають «золотим стандартом» у діагностиці зовнішнього ендометріозу, було запропоновано лапароскопічну класифікацію цього захворювання (Acosta A.A., 1973). Вона передбачає:

### **I. Малі форми**

1. Поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині.
2. Поодинокі гетеротопії на яєчниках без наявності спайкового процесу.

### **II. Середньої важкості**

1. Гетеротопії на поверхні одного чи обох яєчників з утворенням дрібних кіст.

2. Наявність періоваріального чи перитубарного процесу, який виражений нерізно.
3. Гетеротопії на очеревині прямокишково-маткового простору з рубцюванням та зміщенням матки, але без залучення в процес товстої кишки.

### **III. Важка форма**

1. Ендометріоз одного чи обох яєчників з утворенням кіст діаметром понад 2 см.
2. Ураження яєчників з вираженим періоваріальним і/чи перитубарним процесом.
3. Ураження маткових труб із деформацією, рубцюванням, порушенням прохідності.
4. Ураження тазової очеревини з облітерацією прямокишково-маткового простору.
5. Ураження крижово-маткових зв'язок та очеревини прямокишково-маткового простору з його облітерацією.
6. Залучення до процесу кишечника або сечових органів.

Існує і більш проста класифікація ендометріозу, запропонована **W.P. Dmowski** та **M.R. Cohen** (1975). Згідно з нею виділяють такі стадії:

**Легка стадія:** невеликі вогнища ендометріозу, які знаходяться на яєчниках, крижово-маткових зв'язках, тазовій очеревині та ін.

**Помірна стадія:** один з яєчників збільшений у зв'язку з ендометріозом.

**Тяжка стадія:** обидва яєчники збільшені у зв'язку з ендометріозом.

Пізніше (в 1985 році), теж виходячи з картини, яка виявляється при лапароскопії, Американським товариством фертильності було запропоновано свою класифікацію перитонеального ендометріозу. Вона враховує глибину інвазії, площу ендометріюїдних вогнищ та вираженість спайкового процесу при лапароскопічному дослідженні. За бальною системою оцінюються анатомічні ознаки захворювання, а за сумою балів визначається стадія ендометріозу.

### Класифікація перитонеального ендометріозу

| Очеревина | Ендометріоз  | <1 см                               | 1–3 см                                | >3 см                                 |
|-----------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• поверхневий</li> <li>• глибокий</li> </ul>  | <p>1</p> <p>2</p>                   | <p>2</p> <p>4</p>                     | <p>4</p> <p>6</p>                     |
| Яєчники   | Правий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• поверхневий</li> <li>• глибокий</li> </ul> Лівий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• поверхневий</li> <li>• глибокий</li> </ul> | <p>1</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>4</p> | <p>2</p> <p>16</p> <p>2</p> <p>16</p> | <p>4</p> <p>20</p> <p>4</p> <p>20</p> |
|           | Облітерація прямокишково-маткового заглиблення   | Часткова<br>4                       |                                       | Повна<br>40                           |
| Адгезії   |  | Захват яєчників<br><1/3             | Захват яєчників<br>1/3 – 2/3          | Захват яєчників<br>>2/3               |
| Яєчники   | Правий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• плівка</li> <li>• щільні</li> </ul> Лівий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• плівка</li> <li>• щільні</li> </ul>               | <p>1</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>4</p> | <p>2</p> <p>8</p> <p>2</p> <p>8</p>   | <p>4</p> <p>16</p> <p>4</p> <p>16</p> |

|               |          |    |    |    |
|---------------|----------|----|----|----|
| Маткові труби | Права:   |    |    |    |
|               | • плівка | 1  | 2  | 4  |
|               | • щільні | 4* | 8* | 16 |
|               | Ліва:    |    |    |    |
| • плівка      | 1        | 2  | 4  |    |
| • щільні      | 4*       | 8* | 16 |    |

\* Якщо фімбріальний отвір труби повністю закритий, замінити оцінку на 16.

За цією класифікацією оцінка тяжкості процесу проводиться таким чином:

- 1–5 балів – I стадія (мінімальна);
- 6–15 балів – II стадія (легка);
- 16–40 балів – III стадія (помірна);
- >40 балів – IV стадія (тяжка).

Додатково необхідно вказати інші локалізації ендометріодних вогнищ, а також супутні захворювання.

Наведену вище класифікацію включено і в УКПМД як класифікацію ендометріозу Американського товариства фертильності 2013 року, хоча в ній ідеться лише про перитонеальний ендометріоз.

УКПМД пропонує клінічну класифікацію ендометріозу, запропоновану Європейським товариством з питань репродукції людини та ембріології (ESHRE). Вона включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:

- 1) поверхневий перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- 2) ендометріоми яєчників (ЕЯ);
- 3) глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ), при якому проростання відбувається на 5 мм глибше від поверхні враженої тканини.

Разом з тим треба відзначити, що наведена класифікація стосується тільки зовнішнього ендометріозу і не поширюється на внутрішній (аденоміоз).

**Макроскопічно** вогнища ендометріозу мають вигляд як поверхневі «порохові» або «вогнепальні» ураження на яєчниках, серозних оболонках та очеревині: чорні, темно-коричневі або сині ураження, вузлики чи невеликі кісти із застарілим кров'яним вмістом, які оточені фіброзом різного ступеня.

Також досить поширені атипові або «тонкі» ураження у вигляді включень червоного кольору (петехіальних, везикулярних, поліпоподібних, геморагічних, схожих на червоне полум'я) і серозних або прозорих бульбашок. Інші прояви включають білі бляшки чи рубці та утворення жовто-коричневого кольору на очеревині.

Ендометріоми (так називають ендометріюідні кісти яєчників) зазвичай виповнені густою шоколадоподібною рідиною. Такі кісти, як правило, щільно прилягають до очеревини і можуть спаюватись із матковими трубами та кишечником. Ендометріюідні гетеротопії можуть проникати під очеревину більше ніж на 5 мм і локалізуватися на матково-крижових зв'язках, піхві, кишечнику, сечовому міхурі чи сечоводах.

При **мікроскопічному** дослідженні ендометріюідних гетеротопій виявляють ендометрій та цитогенну строму, ідентичні ендометрію. При імуногістохімічному дослідженні ектопічного ендометрія знаходять властиве йому зниження експресії рецепторів естрогенів як епітелієм вогнища, так і його стромою.

Характерними особливостями ендометріозу є схильність до розповсюдження на навколишні органи і тканини, проростання та з'єднання в єдиний конгломерат. Здатність до про-

ростання має строма, яка розплавляє сполучну тканину та еластичні волокна. Під час менструації у вогнищах ендометріюїдних гетеротопій відбувається десквамація і розпад епітелію, крововиливи в замкнуті порожнини.

Формені елементи цієї крові розпадаються з утворенням гемосидерину, який надає вмісту порожнин темного кольору (дьюгтю, шоколаду). Вміст порожнини поступово частково або повністю резорбується, але в наступному циклі процес повторюється.

Під час вагітності та лактації циклічні зміни в ендометріюїдних гетеротопіях виражені значно менше, а в постменопаузальному віці ендометріоз зазвичай регресує.

## 2. Поширеність процесу

У структурі гінекологічної патології ендометріоз займає третє місце серед захворювань жіночих статевих органів після запальних процесів та лейоміоми матки, хоча відсотки за різним авторами коливаються від 1 до 50 залежно від популяції, яка обстежується. Справжню частоту захворюваності визначити важко, оскільки остаточний діагноз може бути встановлений лише **при лапароскопії** чи лапаротомії.

Проспективне дослідження 1000 жінок, котрим у клініці Мейо виконали лапаротомію з приводу доброякісних захворювань, виявило частоту ендометріозу 50%. Ці дані стосуються хірургічних пацієнток, яких направили до спеціалізованого центру. Інші автори відзначають зростання частоти ендометріозу від 0,7% у жінок, які перенесли реанастомоз маткових труб, до 30% серед тих, кому виконали діагностично-лікувальну лапароскопію. Із урахуванням цих та інших даних для загальної популяції частоту цього захворювання прийнято вважати 5–10%.

Ендометріоз зустрічається у 6–44% жінок із безпліддям, яким було проведене лапароскопічне чи лапаротомічне втручання.

За локалізацією основну частину складає генітальний ендометріоз (92–94%), значно рідше зустрічаються екстрагенітальні процеси (6–8%).

Згідно з УКПМД, на ендометріоз страждає близько 10% жінок репродуктивного віку, 40–50% хворих на ендометріоз мають безпліддя. Генітальна форма ендометріозу є найбільш поширеною (92–94%), екстрагенітальна локалізація ендометріозу зустрічається в 6–8% випадків.

Збільшення кількості пологів, подовжені цикли зменшують імовірність розвитку ендометріозу, тоді як відсутність пологів, зниження фертильності і подовження інтервалів між вагітностями пов'язані зі збільшенням ризику ендометріозу.

Найчастіше – від 20% до 50% випадків – ендометріоз діагностується серед жінок, у яких проводять лапароскопічні втручання з метою виявлення причин безпліддя і тазового болю.

Значне розширення діапазону проявів ендометріозу, порівняно з раніше існуючими характеристиками, пов'язане зі збільшенням частоти діагностування цієї патології.

### **3. Етіологія та патогенез ендометріозу**

Відносно біологічної суті ендометріозу розглядаються щонайменше три концепції. Одні автори вважають його справжнім новоутворенням, інші – пограничним станом між гіперплазією та пухлиною, треті – пухлиноподібним дисгормональним проліфератом, здатним до малігнізації. Ендометріоз відрізняється від справжньої пухлини відсутністю ви-



раженої клітинної атипії й залежністю від менструальної функції. Однак він здатний до інфільтративного росту з проникненням у навколишні тканини та їхньої деструкції. Ендометріоз може врости в будь-яку тканину чи орган – стінку сечового міхура, кишки, сечовода, очеревину та шкіру.

**Етіологія** ендометріозу остаточно не встановлена і залишається предметом дискусій. На часі існує низка теорій походження та розвитку ендометріозу, хоча жодна з них не стала достатньо обґрунтованою та загальноприйнятною.

Згідно з *теорією ембріонального походження*, запропонованою в 1896 році Recklinghausen'ом, ендометріодні гетеротопії виникають із залишків парамезонефральних (Мюллерових) протоків чи із зародкового матеріалу, який дає початок утворенню статевих органів. На користь цієї теорії свідчать спостереження про розвиток ендометріозу у дітей і підлітків, а також поєднання цього патологічного процесу з вадами розвитку статевих органів (Баскаков В.П., 1979).

Значно більше прихильників має *імплантаційна теорія* виникнення ендометріозу, яку запропонував у 1921 році J.A. Sampson. Згідно з нею життєздатні елементи ендометрія заносяться в інші тканини, приживаються на новому місці та утворюють ендометріодну гетеротопію. Такий процес можливий при ретроградному русі менструальної крові, коли вона крізь маткові труби потрапляє до черевної порожнини, а також під час акушерських та гінекологічних операцій.

Не виключається можливість метастазування частинок ендометрія лімфогенним та гематогенним шляхами з наступною їхньою імплантацією (*транспортна теорія*). Цей варіант є причиною розвитку екстрагенітального ендометріозу в легенях, нирках, м'язах.

Автори *метапластичної теорії* (Іванов М.З., Улезко-Строганова К.П., 1887; Meyer R., 1909) вважали, що в мезотелії очеревини можлива метаплазія на епітеліальний ком-

понент ендометріозу. Джерелом ендометріозу можуть бути елементи ембріонального ціломічного епітелію, який розташований між зрілими клітинами мезотелію. Метаплазія пов'язана з гормональними порушеннями, які призводять до проліферації ціломічного епітелію (дисгормональна метаплазія Мейєра).

Крім того, на думку E. Nova (1926), подібній трансформації сприяє контакт мезотелію очеревини з елементами ендометрія, які потрапляють у порожнину малого тазу шляхом ретроградного занесення. Ця теорія може пояснити випадки ендометріозу у чоловіків, а також появу ендометріюїдних вогнищ ендометріозу у дівчаток до менархе.

Прихильники *гормональної теорії* вважають, що ендометріоз потрібно вважати дисгормональною дисплазією. Вони звертають увагу на залежність розвитку ендометріозу від гормонального статусу, порушення вмісту та співвідношення стероїдних гормонів. Зміни в нейроендокринній ланці репродуктивної системи у хворих на ендометріоз дозволяють вважати це захворювання гормонозалежним. Ендометріоз рідко зустрічається до менархе та рідко виникає після менопаузи. Процес, як правило, стабілізується або регресує під час фізіологічної вагітності чи при штучній гормональній аменореї. Гормони суттєво впливають на ендометріюїдні гетеротопії, оскільки вони (гетеротопії), як і нормальний ендометрій, містять естрогенні, андрогенні та прогестеронові рецептори.

У хворих на ендометріоз відзначають хаотичні пікові викиди ФСГ та ЛГ, спостерігають зниження базального рівня прогестерону. Екскреція естрогенів у них не має класичної двофазності, вона є неупорядкованою та формує гіперестрогенний фон. У хворих із класичними проявами тяжкого захворювання рівень прогестерон-зв'язуючих рецепторів у вогнищах ендометріозу в 9 разів знижений порівняно з нормою.

Останнім часом міцнішають позиції представників *імунологічної теорії* походження ендометріозу, яка запропонована в 1975 році М. Jonesco і С. Poresco. Її автори вважають, що клітини ендометрія, потрапляючи в кров та інші органи, являють собою аутоантигени. Проліферація ендометріюїдних клітин в інших тканинах можлива внаслідок підвищення рівня естрогенних гормонів, котрі стимулюють секрецію кортикостероїдів.

Останні в свою чергу, будучи депресантами, пригнічують місцевий клітинний та гуморальний імунітет. Таким чином забезпечуються сприятливі умови для інвазії та розвитку життєздатних клітин ендометрія.

Крім того, доведено, що ендометріоз розвивається на фоні порушеної імунної рівноваги, а саме: Т-клітинного імунодефіциту, пригнічення функції Т-супресорів, активації гіперчутливості уповільненого типу, зниження активності Т-лімфоцитів при одночасній активації В-лімфоцитарної системи і зниженні функції природних (натуральних) кілерів (NK).

Таким чином, у хворих з ендометріюїдними враженнями спостерігаються загальні ознаки імунодефіциту та аутоімунізації, які призводять до послаблення імунного контролю, що створює умови для імплантації та розвитку функціональних вогнищ ендометрія поза їхньої нормальної локалізації.

**Патогенез** генітального ендометріозу надзвичайно складний. У ньому певну роль відіграють нейроендокринні порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. Відмічається збільшення частоти розвитку ендометріозу на фоні перенесених інфекційних захворювань бактеріальної та вірусної етіології, при порушенні менструальної функції в пубертатний період, ускладненні пологів, абортів, стресових ситуаціях. Особливе значення мають перенесені в дитячому та пубертатному віці інфекційні захворювання, які гальмують становлення системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, що регулює

розвиток структур і фізіологічних функцій репродуктивної системи. Внаслідок цього виникають нейроендокринні порушення, які створюють умови для виникнення ендометріозу. Всіма визнано, що ендометріоз є гормонально залежною патологією.

Потенційну роль генетичних факторів у розвитку ендометріозу було доведено, коли з'явилися численні повідомлення про сімейну схильність до цього захворювання. За наявності хвороби у близьких родичів ризик виникнення ендометріозу складає приблизно 7%. Генеалогічні дослідження наводять на думку про полігенетичний і багатофакторний типи успадкування. Подальша інформація про генетичні фактори може бути отримана, очевидно, шляхом молекулярно-біологічних досліджень сімей з ендометріозом.

В останні роки з'явилися праці, які свідчать про автономну природу ендометріозу. Деякі автори вважають, що сучасні дані про молекулярно-генетичні особливості різних варіантів ендометрії дозволяють розглядати ендометріоз як хронічне захворювання з ознаками автономного росту гетеротопій з порушенням біологічної активності клітин ендометрія.

#### **4. Загальна симптоматика та клінічна картина різних форм генітального ендометріозу**

Підозрюючи ендометріоз, лікар перш за все має звернути увагу на наявність певних *факторів ризику*. При зборі анамнезу необхідно враховувати:

– наявність в анамнезі патологічних пологів, гінекологічних операцій (аборти, кесарів розтин, вишкрібання порожнини матки, електрокоагуляція, кріодеструкція, електроексцизія шийки матки);

- гормональні порушення;
- тривале носіння ВМК;
- наявність ендометріозу у матері, сестер;
- зниження імунологічної толерантності.

При ендометріозі будь-якої локалізації **найчастішими скаргами є:**

- больовий синдром (альгодисменорея, а також біль унизу живота, не пов'язаний із менструальним циклом, диспареунія);
- безплідність (первинна, вторинна);
- геморагічний синдром (передменструальні кровозливання, метрорагія, гіперполіменорея, інші порушення менструального циклу);
- тривале безефективне лікування хронічних аднекситів, метритів);
- психоневрологічні розлади та хронічна втома;
- порушення функції суміжних органів (дизурія та дисхезія – болючість при дефекації);
- значно рідше виникають симптоми, пов'язані з обструкцією шлунково-кишкового чи сечовипускного каналів. Циклічне кровохаркання або пневмоторакс під час менструації трапляються при дисемінації в легені.

Конкретна клінічна картина ендометріозу залежить від локалізації, тривалості перебігу, супровідних захворювань, психоемоційного стану хворої. Для ендометріозу різних локалізацій характерні **загальні клінічні прояви, а саме:**

1. Тривалий, нерідко прогресуючий перебіг захворювання. Самовільний регрес можливий у постменопаузальному періоді.

2. Найбільш постійним симптомом є біль, який з'являється або різко підсилюється в передменструальні дні і під час менструації. При тривалому та важкому перебігу ендометріозу больові відчуття турбують і після її закінчення.

Вони не типові для ендометріозу вагінальної частини шийки матки, іноді зовсім не виражені при «малих» вогнищах ендометріозу очеревини малого тазу.

3. У хворих на генітальний ендометріоз виражені емоційні порушення депресивно-іпохондричного типу, високий рівень особистої та реактивної тривожності, порушення сну, зниження фізичної активності та працездатності, сексуальна дисфункція, соціальна та/або сімейна дезадаптація (Дубосарська З.М., Грек Л.П., 2011).

4. Збільшення розмірів ураженого органу (матки, яєчників) чи екстрагенітальних вогнищ ендометріозу напередодні і під час менструації.

5. Порушення менструальної функції, які проявляються найчастіше у формі альгодисменореї. При внутрішньому та зовнішньому ендометріозі спостерігаються й інші порушення: менорагії, перед- і постменопаузальні кров'янисті виділення, порушення ритму менструацій та ін.

6. Безплідність – частий супутник внутрішнього та зовнішнього ендометріозу. Причини цієї патології різні: ановуляція, неповноцінна секреторна фаза, спайковий процес у малому тазі (періоофорит, порушення прохідності маткових труб та ін.), зміни в ендометрії тощо. Безплідність при ендометріозі пояснюють також фагоцитозом сперматозоїдів.

Запальні зміни в тазовій очеревині активізують утворення макрофагів, які мають фагоцитарну дію. Можливо, певну роль у розвитку безплідності при ендометріозі відіграють простагландини, секреція яких зростає завдяки запальній реакції в тканинах навколо ендометріюїдних імплантантів. Підвищення рівня простагландинів сприяє порушенню функції жовтого тіла (лютеоліз) та активізує скоротливу функцію маткових труб і матки. Усі ці процеси негативно впливають на овуляцію та імплантацію заплідненої яйцеклітини.

Поряд із симптомами, властивими генітальному ендометріозу різної локалізації, кожна форма захворювання має більш чи менш виражені особливості клінічних проявів, які враховуються при проведенні діагностичного процесу (див. нижче).

## **5. Особливості діагностики окремих форм ендометріозу**

Симптоми ендометріозу різноманітні, і серед них немає жодного патогномонічного для цього захворювання. Як уже зазначалось, найчастіше спостерігаються дисменорея, диспареунія, хронічний біль у ділянці малого тазу або спині чи відчуття дискомфорту в прямій кишці. Біль може бути різноманітним за характером, постійним або виникати циклічно. Характер цієї симптоматики визначається локалізацією ендометріїдних вогнищ, проте інтенсивність болю рідко корелює з важкістю захворювання.

Безплідність – ще одна типова скарга хворих на ендометріоз. Значно рідше виникають симптоми, пов'язані з обструкцією шлунково-кишкового чи сечовипускного каналів. Циклічне кровохаркання або пневмоторакс під час менструації трапляються при дисемінації в легені.

### **5.1. Внутрішній ендометріоз**

#### **5.1.1. Ендометріоз тіла матки (аденоміоз)**

Ця локалізація ендометріїдних гетеротопій частіше зустрічається у віці 40–50 років. Процес переважно має характер дифузного, рідше спостерігаються вогнищева та вузлувата форми. Зазвичай аденоміоз проявляється збільшенням

матки за рахунок стільниковості стінки. У зоні ендометріозу можуть бути кістозні порожнини з геморагічним вмістом або вузлові елементи з перевагою стромальної ендометріюїдної тканини. У такому випадку утворення при пальпації нагадують вузол лейоміоми.

За глибиною проникнення в міометрій розрізняють 4 ступені поширення дифузної форми аденоміозу:

I ступінь – проростання ендометріозу на невелику глибину;

II ступінь – поширення процесу до середини товщини міометрія;

III ступінь – поширення процесу на всю товщину стінки матки;

IV ступінь – поширення процесу на парієтальну очереvinу і сусідні органи.

Для аденоміозу характерні різні клінічні прояви порушень менструальної функції: альгодисменорея, гіперполіменорея, метрорагія, кров'яністі виділення в перед- і постменструальні періоди, що нерідко призводить до анемії. Багато хворих скаржаться на біль, відчуття важкості внизу живота та дизуричні явища перед настанням менструації.

Внаслідок мено- і метрорагій у хворих на аденоміоз розвивається постгеморагічна анемія та симптоми, пов'язані з хронічною крововтратою: прогресуюча слабкість, блідість або жовтушність шкірних покривів і видимих слизових, підвищена стомлюваність та сонливість.

При II–IV ступенях поширення аденоміозу спостерігається гіперплазія м'язових волокон, що сприяє збільшенню матки, оскільки її розміри залежать від кількості і розміру кістозних порожнин ендометріюїдної тканини та вираженості гіперплазії м'язових волокон.

При бімануальному дослідженні визначається помірне збільшення матки в передньо-задньому розмірі до 5–8 тиж-



нів умовної вагітності, а також її болючість при пальпації. Больові відчуття особливо виражені перед менструацією, а також при поширенні процесу на всю стінку матки аж до її серозного шару. При пальпації тіло матки щільне, а при вузловій формі, крім того, його поверхня може бути нерівною. При локалізації процесу на перешийку матки має місце обмеження рухливості матки та посилення болючості при її зміщенні вперед.

Велику допомогу в уточненні діагнозу надають допоміжні інструментальні методи дослідження.

**Ультразвукове дослідження** (абдомінальним, вагінальним, ректальним датчиком) вважається загальнодоступним скринінговим методом в алгоритмі обстеження хворих з різними формами ендометріозу. При аденоміозі цей метод дозволяє підвищити точність діагностики до 90%. Найбільш інформативним УЗД є у другу фазу менструального циклу (на 23–25 день циклу). Воно виявляє помірне збільшення матки, особливо її передньо-заднього розміру; округлість її форми; розширення перешийку; потовщення однієї зі стінок матки; нерівність контурів матки; деформацію М-ехо. Має місце порушення акустичної структури міометрія (I, II, III стадія залежно від глибини ураження міометрія), деформація та розширення зони підвищеної ехогенності навколо М-ехо, наявність анехогенних комірок із ехогенним контуром, утворення підвищеної ехогенності неправильної форми, кістозні структури.

Аденоміозний вузол при проведенні УЗД відрізняється від лейоміому відсутністю псевдокапсули та нечіткими контурами (рис. 2).



*Рис. 2. Аденоміоз (вузлова форма). УЗД*



*Рис. 3. Аденоміоз (вогнищева форма). Гідросонографія*

Підвищенню інформативності УЗД у діагностиці початкових форм аденоміозу допомагає застосування **гідросонографії**. Вона проводиться в кабінетах ультразвукової діагностики і складається з таких етапів:

- спочатку необхідно провести гінекологічне дослідження для уточнення положення матки;
- після цього в піхву вводять дзеркала і обробляють її стінки та шийку матки дезінфікуючим засобом;
- у порожнину матки вводять катетер діаметром 2–3 мм з м'якого матеріалу, після чого для попередження експульсії роздувають балончик із тонкої гуми, який знаходиться на його кінці;
- у піхву вводять УЗД-датчик, який має підтвердити правильність знаходження катетера;
- через катетер у порожнину матки вводять стерильний теплий фізіологічний розчин у межах 5–10 мл (за необхідності провести обстеження маткових труб його об'єм може досягати 100–120 мл);
- завершується гідросонографія проведенням УЗД-дослідження піхвовим датчиком з наступним видаленням катетера.

Рекомендується застосовувати гідросонографію в передовуляторний період, тобто на 8–11-й день звичайного 28–30-денного менструального циклу.

Превагою цього методу перед гістеросальпінгографією (див. далі) є, по-перше, відсутність рентгеновського опромінювання пацієнтки, а по-друге – фізіологічний розчин краще, ніж розчини для ГСГ, проникає до вогнищ ендометріозу в міометрії. Це дозволяє чіткіше бачити форму порожнини матки, її контури та можливу патологію. При аденоміозі виявляють невеликі (1–2 мм) трубчасті структури, котрі йдуть з ендометрія в міометрій. У базальному шарі ендометрія спостерігають таких же розмірів гіпоехогенні включення.

Товщина базального шару нерівномірна, в субепітеліальних шарах міометрія виявляють окремі ділянки підвищеної ехогенності (рис. 3, 4).



*Рис. 4. Аденоміоз (дифузна форма). Гіросонографія*

**Гістероскопія** також дозволяє уточнити діагноз аденоміозу. Її діагностична цінність коливається від 30 до 92%. Гістероскопічні ознаки залежать від форми та вираженості аденоміозу. В.Г. Бреусенко та співавт. (1997) запропонували гістероскопічну класифікацію аденоміозу:

I стадія: рельєф стінок не змінений, визначаються ендометріодні ходи у вигляді вогнищ темно-синюшного кольору. Ходи можуть бути відкриті та кровоточити. Стінки матки при вишкрібанні звичайної щільності.

II стадія: рельєф стінки матки нерівний, має вигляд поздовжніх або поперечних хребтів або розволоненої м'язової

тканини, можна бачити ендометріюїдні ходи. Стінки матки ригідні, порожнина матки погано розтягується. При вишкрібанні стінки матки щільніші, ніж зазвичай.

III стадія: на внутрішній поверхні матки визначаються вибухання різної величини без чітких контурів. На поверхні цих вибухань іноді можна побачити відкриті або закриті ендометріюїдні ходи. При вишкрібанні відчувається нерівна поверхня стінки, ребристість; стінки матки щільні, чути характерний скрип.

Особливістю пришийкового аденоміозу при гістероскопії є нерівний рельєф стінки матки на рівні внутрішнього вічка та наявність ендометріюїдних ходів, із котрих цівкою точиться кров.

Наведена гістероскопічна класифікація аденоміозу дозволяє визначити тактику лікування залежно від глибини ураження органа. ***Однак відсутність ендоскопічних ознак аденоміозу не виключає наявності його вогнищ і вузлів в інтерстиціальних та субсерозних відділах міометрія.***

Інформативність гітеросальпінгографії (ГСГ) при аденоміозі досягає 85%. На рентгенограмах виявляється збільшена площа матки з наявністю деформації та зазубреності краю контура порожнини матки. Для підвищення точності дослідження необхідно провести вишкрібання слизової оболонки матки напередодні менструації. Після видалення функціонального шару ендометрія при контрастуванні ходи ендометріюїдних гетеротопій добре заповнюються, що дозволяє отримати при аденоміозі законтурні тіні.

**Лапароскопія** при аденоміозі дає певні дані лише при III–IV ступені розповсюдження процесу, коли вона виявляє на поверхні матки сині, багряні, кістозні, крапчасті або вузликові структури, біляві або сіруваті вузлики («мармуровість» поверхні матки).

**Комп'ютерна томографія** дозволяє точно визначити характер патологічного процесу, його можливе розповсюдження на ретроцервікальну ділянку та параметрії.

Діагностична цінність **магнітно-резонансної томографії** перевищує 90%. Вона базується на збільшенні передньо-заднього розміру матки, виявленні губчастої структури міометрія при дифузній формі та вузлової деформації при вогнищевій і вузловій формах аденоміозу.

### ***5.1.2. Ендометріоз цервікального каналу***

Така локалізація ендометріозу спостерігається нечасто. Пацієнтка може скаржитись на появу мажучих коричневих або темних кров'яних виділень напередодні менструації або при статевому контакті. Болі спостерігаються при атрезії цервікального каналу або ендометріозі перешийка матки.

Запідозривши ендометріюідні гетеротопії цервікального каналу, для уточнення діагнозу необхідно провести **гістероцервікоскопію** і фракційне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки.

### ***5.1.3. Ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб***

Діагностується рідко, в більшості випадків ця локалізація поєднується з внутрішнім ендометріозом матки (аденоміозом) або з ендометріозом яєчника. Клінічна картина нагадує симптоматику, яка спостерігається при аденоміозі. Діагностувати допомагають додаткові методи обстеження – гістеросальпінгографія, комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія.

## 5.2. Зовнішній ендометріоз

### 5.2.1. Перитонеальний ендометріоз

#### 5.2.1.1. Ендометріоз яєчників

*Яєчники* уражаються ендометріозом внаслідок розповсюдження гематогенним і лімфогенним шляхом. Можливий також імплантаційний та ембріональний генез захворювання. Ендометріюїдні гетеротопії яєчника являють собою псевдокісти діаметром до 5–10 мм, які заповнені бурою масою. Найчастіше ендометріоз локалізується в корковому шарі яєчників, а розповсюджений ендометріоз вражає і мозковий шар. Стінки гетеротопій складаються зі сполучної тканини. При злитті вогнищ ендометріозу утворюються ендометріюми («шоколадні кісти»), стінки яких укриті циліндричним або кубічним епітелієм.

Виділяють декілька гістологічних різновидів ендометріозу яєчників: залозистий, кістозний (макро- і мікрокістозний), залозисто-кістозний та стромальний. Залозисто-кістозний ендометріоз має найбільшу здатність до проліферативного росту та малігнізації.

При злитті декількох ендометріюїдних гетеротопій на яєчнику виникає ендометріюма або ендометріюїдна псевдокіста, розміри якої можуть досягати 10 см і більше. Стінки кісти складаються із шарів сполучної тканини, а великі ендометріюїдні кісти вистелені циліндричним або кубічним епітелієм. У цитогенній стромі і тканині враженого яєчника часто виявляються ендометріюїдні залози. Вміст ендометріюїдних псевдокіст являє собою темно-буру масу, багату гемосидерином.

Ендометріоз яєчника спочатку може нічим себе не проявляти. Але при мікроперфораціях в ендометріюїдних гетеротопіях або ендометріюмах до патологічного процесу залу-

чається парієтальна та вісцеральна очеревина, відбувається подальше розповсюдження вогнищ ендометріозу та формування спайкового процесу. В таких випадках хворі скаржаться на тупі, ниючі болі внизу живота з іррадіацією в пряму кишку і промежину. Біль підсилюється під час менструації, а спайковий процес та розповсюдження вогнищ ендометріозу по очеревині підсилюють болі при фізичних навантаженнях та статевих контактах. У 70% хворих ендометріозом яєчників відзначається альгодисменорея та диспареунія.

У діагностиці ендометріозу яєчників, як і при ендометріозі інших локалізацій, варто особливу увагу звертати на анамнез – практично завжди буде вказівка на болючі менструації, порушення функції сусідніх органів, відсутність ефекту від протизапальної терапії.

При **бімануальному** дослідженні можуть виявлятися такі особливості: збільшення, тяжистість, нерухливість та фіксація в позаматковому просторі придатків, обмеження в рухливості органів малого тазу, болючість при пальпації. Дрібнокістозні ендометріїдні гетеротопії не призводять до помітного збільшення яєчників.

Дані гінекологічного та додаткових методів дослідження більш інформативні, коли утворюються ендометріоми. Їм властиве двостороннє ураження, локалізація позаду від матки, більш виражені обмеження в рухливості та болючість при пальпації. Ендометріоми мають тугоеластичну консистенцію, їхній діаметр коливається від 4 до 15 см. Об'єм ендометріїдної гетеротопії змінюється залежно від фази менструального циклу – до менструації ендометріоми менше, ніж після неї.

Уточненню діагнозу допомагають додаткові методи обстеження. Важливу роль відіграє **ультразвукове дослід-**



**дження** (абдомінальним, вагінальним або ректальним датчиком). При ньому виявляють:

- збільшення придатків, їхню неоднорідну акустичну щільність, фіксацію в матково-прямокишковому просторі;
- наявність утворення круглявої форми із чіткою капсулою, слабо ехогенною внутрішньою структурою (зависсю);
- ознаки перифокального спайкового процесу.

Потрібно зазначити, що при дрібних ендометріїдних гетеротопіях яєчників їхня ультразвукова візуалізація зустрічає значні труднощі.

При формуванні ендометріоми інформативність УЗД зростає до 87–93%.

Все ж найбільшу діагностичну цінність при ендометріозі яєчників має **лапароскопія**, при якій в стромі яєчника визначають включення невеликих розмірів (2–10 мм) синюшого або темно-коричневого кольору, іноді з підтіканням темної крові. Ендометріоми мають білувату капсулу з вираженим судинним рисунком і гладкою поверхнею (рис. 5).

Капсула ендометріом нерідко інтимно спаяна із задньою поверхнею матки, матковими трубами, парієтальною очеревиною, серозним покривом прямої кишки.

**Комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія** виявляють утворення круглявої форми із достатньо щільною капсулою, а також зрощення з іншими структурами.

Певне значення в діагностиці ендометріозу має визначення у крові пацієток **онкомаркерів** (перш за все **СА-125**). При ендометріозі (особливо яєчників) цей показник нерідко перевищує референтні значення, що в комплексі з іншими ознаками допомагає уточнити діагноз.

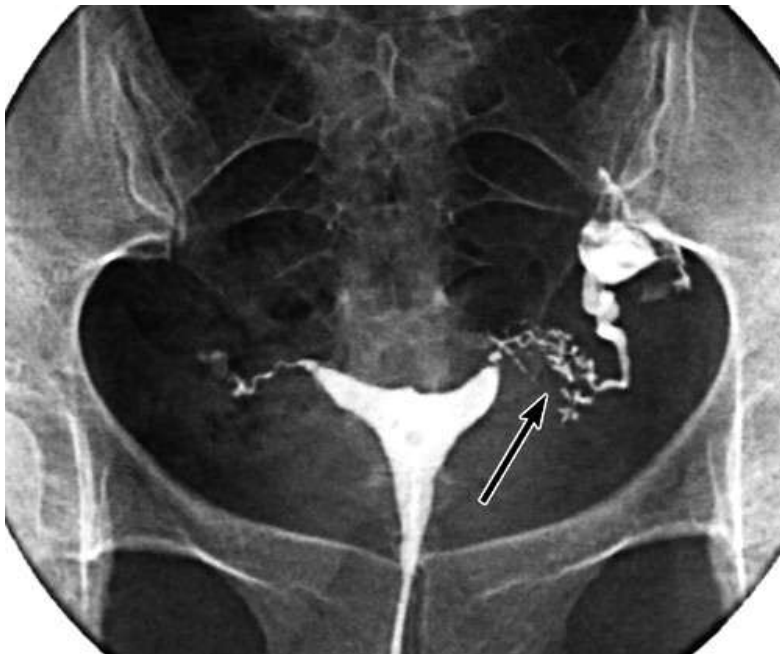


*Рис. 5. Двосторонні ендометріоми яєчників. Лапароскопія*

#### **5.2.1.2. Ендометріоз маткових труб**

Частота ураження ендометріозом маткових труб складає від 7 до 10% від усіх його локалізацій. Гетеротопії знаходяться на їхній поверхні та на мезосальпінксах. Супутній спайковий процес може вести до порушення функціональної повноцінності маткових труб.

Основним методом діагностики ендометріозу маткових труб є лапароскопія, хоча в деяких випадках можна знайти зміни і при гістеросальпінгографії (рис. 6).



*Рис. 6. Ендометріоз лівої маткової труби. Гістеросальпінгографія*

### **5.2.1.3. Ендометріоз тазової очеревини**

В його розвитку провідну роль відіграє взаємодія мезотеліоцитів та елементів ендометрія. Процесу може сприяти ретроградне закидання менструальної крові при певних змінах ендокринної та імунної систем. Виділяють два основних варіанти перитонеального ендометріозу. При першому ендометріодні гетеротопії обмежені очеревиною малого тазу, а при другому варіанті, крім ураження очеревини, ними уражені внутрішні статеві органи – яєчники, матка та маткові труби.

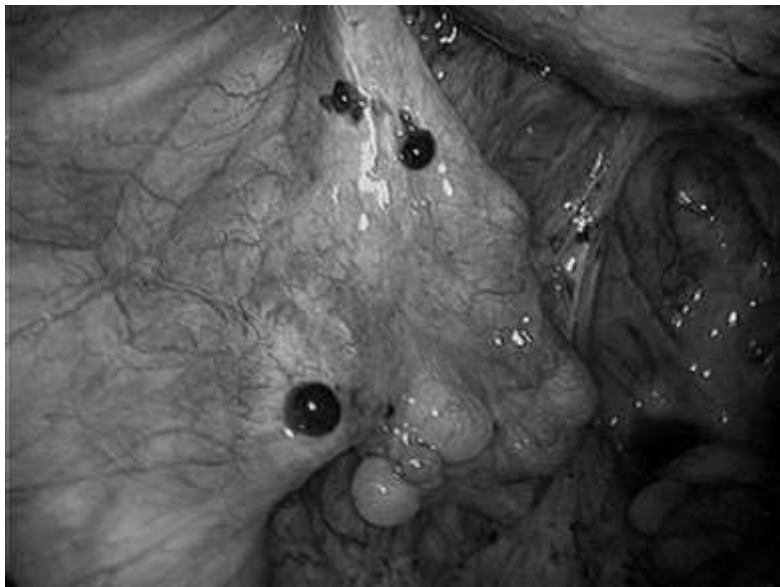
Перераховані вище так звані «малі» форми ендометріозу клінічно себе довго не проявляють, однак частота безплідності при них може досягати 90%. Коли відбувається розповсюдження та інвазія процесу на м'язовий шар прямої кишки та параректальну клітковину, з'являються тазові болі, диспареунія, особливо напередодні менструації та після неї.

Основним методом діагностики ендометріозу тазової очеревини є лапароскопія, під час якої і виявляються патологічні зміни, а саме:

- а) типові (сині, фіолетові або чорні) поверхневі та глибокі інфільтровані гетеротопії;
- б) атипічні (непігментовані, білуваті) везикули, геморагічні везикули, пігментовані жовто-коричневі бугорки та плями.

Деякі автори як окрему форму виділяють *ендометріоз очеревини матково-прямокишкового заглиблення та крижово-маткових зв'язок*. Розташування ендометріюїдних гетеротопій на вказаних місцях нерідко поєднуються з іншими локалізаціями цього процесу.

**«Малі» форми генітального ендометріозу** протягом останніх років цікавлять багатьох клініцистів. До цих форм відносять дрібні поодинокі ендометріюїдні гетеротопії в ділянці очеревини матково-прямокишкового заглиблення, очеревини крижово-маткових зв'язок, на поверхні яєчників (рис. 7). «Малі» форми ендометріозу поєднуються з безплідністю, рідко – з больовими відчуттями. Порушення менструальної функції, як правило, не відмічається. Діагностика базується на скаргах, даних гінекологічного обстеження та лапароскопії.



*Рис. 7. «Малі» форми ендометріозу. Лапароскопія*

При **бімануальному** дослідженні виявляють потовщення, укорочення крижово-маткових та кардинальних зв'язок; дрібно-вузлуваті структури позаду шийки матки на рівні внутрішнього вічка, часто різко болючі. Спостерігається обмеження рухливості органів малого тазу, болючість при пальпації.

Основним діагностичним допоміжним методом, як уже зазначалось, є **лапароскопія**, при якій видно сині, багрянні, кістозні, крапчасті або вузликові структури, білуваті або сіруваті вузлики. Майже завжди мають місце рубцеві зміни, спайковий процес.

## **5.2.2. Екстраперитонеальний ендометріоз**

### **5.2.2.1. Ендометріоз піхвової частини шийки матки**

Така локалізація ендометріозу спостерігається досить часто. Його можливою причиною може бути діатермокоагуляція шийки матки, внаслідок якої при наступній менструації відбувається імплантація часточок ендометрія в ділянці ранової поверхні. До інших причин належать травми під час абортів, патологічних пологів, вишкрібання матки.

Розрізняють поверхневий (ектоцервікальний) та глибокий (ендоцервікальний) ендометріоз піхвової частини шийки матки.

За наявності ендоцервікального варіанта в товщі шийки матки містяться кістозні утворення розмірами від кількох міліметрів до 2–3 см у діаметрі, які можуть викликати деформацію шийки матки. Характерними скаргами таких хворих є до- та постменструальні коричневі або кров'янисті виділення. Такого ж характеру можуть бути і контактні виділення. Болі спостерігаються при атрезії цервікального каналу або ендометріозі перешийка матки.

У більшості випадків ектоцервікальний ендометріоз шийки матки клінічно нічим себе не проявляє і діагностується при гінекологічному дослідженні. Але іноді пацієнтка може скаржитись на появу мажучих коричневих або темних кров'яних виділень напередодні менструації або при статевому контакті.

При гінекологічному дослідженні дуже важливо провести ретельний огляд шийки матки в дзеркалах. Поверхневий ендометріоз визначається у вигляді вузликів або дрібнокістозних вогнищ червоного або темно-багрового кольору. Вони значно збільшуються перед або під час менструації. У цей період окремі вогнища можуть відкриватись та спорожняти.

По закінченні менструації ендометріюїдні гетеротопії зменшуються та стають блідими.

При **кольпоскопії** проводиться диференціальна діагностика між кістами наботових залоз, псевдоерозією, еритроплакією, ектропіоном та поліпами цервікального каналу.

В комплексному обстеженні при ендометріозі шийки матки використовується **цервікоскопія**. Вона дозволяє діагностувати парацервікальне розповсюдження ендометріозу при бокових дефектах слизової оболонки.

Чіткий зв'язок виділень з менструальним циклом, огляд шийки матки в дзеркалах, кольпоскопія та цервікоскопія дають підстави для своєчасної діагностики обох форм ендометріозу шийки матки. При підозрі на ендоцервікальне розташування ендометріюїдних гетеротопій, крім зазначених вище методів обстеження, необхідно провести фракційне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням матеріалу.

#### **5.2.2.2. Ендометріоз піхви та вульви**

Така локалізація ендометріозу зустрічається рідко. Зазвичай це вторинний процес, який є наслідком проростання гетеротопії з ретроцервікального вогнища або імплантації часток ендометрія на пошкодженій ділянці під час пологів.

Основна скарга хворих – це біль у піхві різної інтенсивності, який з'являється циклічно напередодні та під час менструації або при статевих контактах.

Діагностика базується на скаргах та результатах гінекологічного дослідження. На слизовій оболонці піхви можна бачити коричневі або темно-сині вогнища, з яких напередодні та під час менструації цівочкою точиться темна кров. У товщі піхви або прямокишково-піхвового заглиблення знаходять щільні болючі вузли, рубці, потовщення.

Для з'ясування розповсюдженості процесу використовують додаткові методи дослідження: ректороманоскопію, УЗД органів малого тазу, лапароскопію. Остаточний результат характеру патологічного процесу дає гістологічне дослідження біоптату.

### **5.2.2.3. Ретроцервікальний ендометріоз, ендометріоз маткових зв'язок та клітковини**

Розповсюдженість ретроцервікального ендометріозу серед усіх локалізацій ендометріозу коливається від 0,5 до 6,5%. Ендометріодні гетеротопії розвиваються на задній поверхні шийки матки й істмічної частини матки, а також на рівні прикріплення крижово-маткових зв'язок. Ендометріоз у цій ділянці має дрібновогнищеву чи інфільтративну форму.

Виділяють чотири ступені розповсюдженості ретроцервікального ендометріозу (Адамян Л.В., Кулаков В.Н., 1998):

I ступінь – ендометріодні вогнища знаходяться в межах ректовагінальної клітковини;

II ступінь – ендометріодна тканина проростає в шийку матки та стінку піхви;

III ступінь – патологічний процес розповсюджується на крижово-маткові зв'язки та пряму кишку до її слизової оболонки;

IV ступінь – до патологічного процесу залучаються слизова оболонка прямої кишки, очеревина прямокишково-маткового заглиблення з утворенням у ділянці придатків матки спайок, наслідком чого є облітерація матково-прямокишкового простору.

Скарги хворих при цій локалізації зумовлені близькістю прямої кишки і тазового нервового сплетіння. Хворі скаржаться на ниючі болі в глибині тазу, внизу живота та в по-



переково-крижовій ділянці. Напередодні й під час менструації біль підсилюється, може мати пульсуючий або змикаючий характер з іррадіацією до прямої кишки та піхви. Іноді біль іррадіює в бокову стінку тазу або в ногу.

Деякі хворі скаржаться на закріпи, іноді під час менструації можуть бути виділення слизу та крові з прямої кишки. При проростанні ретроцервікального ендометріозу в заднє склепіння піхви там з'являються синюшні вогнища, з яких при статевих контактах виділяється кров.

Тяжкий ендометріоз такої локалізації в більшості хворих є причиною періодичної непрацездатності і дуже часто імітує захворювання інших органів.

При діагностиці перш за все враховують скарги пацієнток та дані гінекологічного дослідження, при якому в ректовагінальній клітковині позаду матки знаходять щільне утворення. При УЗД визначають неоднорідне за щільністю утворення під шийкою матки, згладженість перешийка та нечіткий контур прямої кишки.

Уточнюють розповсюдженість процесу за допомогою ректороманоскопії, колоноскопії, екскреторної цистоскопії та магнітно-резонансної томографії.

## **6. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз**

При ньому можуть бути різні комбінації наведених у попередніх **пунктах** ознак. Додаткові методи обстеження **також** викладено у відповідних **пунктах**. Цитологічне та гістологічне дослідження матеріалу із порожнини матки та шийки матки малоінформативне. Найбільш достовірними будуть результати патогістологічного дослідження матеріалу, отриманого при біопсії, а також матеріалу, отриманого при гістерорезекції, лапароскопії або лапаротомії.

## **Частина II**

# **ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЗГІДНО З УКПМД**

(рубрикацію розділів збережено згідно з оригіналом)

### **Розділ III. Основна частина УКПМД**

Основною метою УКПМД при генітальному ендометріозі є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнткам із генітальним ендометріозом.

УКПМД розроблено на основі адаптованої клінічної настанови «Тактика ведення пацієнток з ендометріозом», що ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у клінічних настановах, а саме:

1. Management of women with endometriosis. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), 2013.

2. Endometriosis: Diagnosis and Management. Clinical Practice Guideline of the Clinical Practice Gynaecology Committee and reviewed and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, (SOGC), 2010.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою «Тактика ведення пацієнток з ендометріозом» можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та впровадження медичних

стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

Над УКПМД працювала мультидисциплінарна робоча група, до якої ввійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку, лікарі-гінекологи-онкологи, лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, лікарі-анестезіологи, лікарі-анестезіологи дитячі, організатори охорони здоров'я.

**Протокол призначений для:** лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів-гінекологів-онкологів, лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів, лікарів-анестезіологів, лікарів-анестезіологів дитячих, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів, які проводять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, медичних сестер, акушерок, медичних психологів, керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) різних форм власності та підпорядкування, організаторів охорони здоров'я.

Автори протоколу поставили мету:

- забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнток на основі доказів ефективності медичних втручань;
- забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги на всіх її етапах з єдиними вимогами щодо профілактики, діагностики, лікування і реабілітації пацієнток з ендометріозом відповідно до положень адаптованої клінічної настанови;
- обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення закладів охорони здоров'я;

– визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я.

За своєю структурою УКПМД складається зі вступу, паспортної частини, загальної частини, основної частини (розглядаються дії лікаря на всіх трьох етапах медичної допомоги), опису етапів медичної допомоги (найбільшої за обсягом, оскільки детально викладено методи діагностики та лікування ендометріозу). В останньому розділі УКПМД викладено індикатори якості медичної допомоги.

Завершається документ переліком літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу, та «Пам'яткою для пацієнток з генітальним ендометріозом».

**Головну увагу студентів та лікарів-інтернів акушерів-гінекологів при вивченні та виконанні УКПМД «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом» необхідно звернути на розділ III (Основна частина) та розділ IV (Опис етапів надання медичної допомоги).**

В розділі III (Основна частина) виділено 3 підрозділи:

- первинна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) амбулаторна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) стаціонарна медична допомога.

У підрозділі «Первинна медична допомога» викладені первинна профілактика, діагностика, лікування та подальше спостереження за пацієнтками з генітальним ендометріозом.

У підрозділі «Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) **амбулаторна** медична допомога» надані більш детальні рекомендації відносно діагностики та лікування пацієнток з генітальним ендометріозом в амбулаторних умовах.

У підрозділі «Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) **стаціонарна** медична допомога» йдеться вже про госпіталізацію пацієнток, діагностику, лікування, виписку з рекомендаціями на післягоспітальний період та на реабілітацію.

**Примітка:** тут і надалі збережена рубрикація УКПМД.

### **3.1. Первинна медична допомога**

#### **3.1.1. Первинна профілактика**

##### **Положення протоколу**

Проведення санітарно-просвітницьких заходів, які спрямовані на охорону здоров'я дівчаток у пубертатному періоді, попередження та своєчасне лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС), запальних захворювань геніталій та дисменореї.

##### **Обґрунтування**

Профілактика факторів ризику розвитку ендометріозу сприятиме запобіганню його виникнення.

Основними факторами ризику виникнення ендометріозу є:

1. Довготривалий стрес.
2. Гіподинамія.
3. Поганий екологічний стан навколишнього середовища.
4. Хронічні інфекції статевих шляхів.
5. Переривання небажаної вагітності.
6. Одноманітне нездорове харчування, позбавлене природних антиоксидантів.

## **Необхідні дії**

### Обов'язкові:

1. Санітарно-просвітницька робота в сім'ї та навчальних закладах з метою вчасного виявлення та усунення факторів ризику виникнення ендометріозу.

2. Консультування пацієнток із таких питань:

- соціальної адаптації підлітків та усунення стресогенних чинників у їхньому оточенні;
- збалансованого харчування;
- статевого виховання;
- здорового способу життя дівчинки та жінки.

### Бажані:

3. Шляхом доброзичливої і довірливої бесіди інформувати дітей та підлітків щодо раціональної статевої поведінки, а також дорослих – стосовно репродуктивного вибору та профілактики ПСШ і небажаної вагітності, застосування сучасних засобів контрацепції.

## **3.1.2. Діагностика**

### **Положення протоколу**

Діагностичні заходи, спрямовані на виявлення суб'єктивних та об'єктивних клінічних ознак ендометріозу:

- загальне обстеження;
- гінекологічне обстеження.

### **Обґрунтування**

1. Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом: з'являється перед та посилюється під час менструації.

2. Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ендометріозу, ступенем їхнього розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології.

3. При тривалому больовому синдромі характерними є зміни загального стану пацієнтки та психоемоційні порушення (емоційна лабільність, тривожність, безсоння, неврозоподібні стани, депресія).

### **Необхідні дії**

#### Обов'язкові:

Необхідні діагностично-лікувальні втручання здійснюються за погодженням пацієнтки та відображуються у відповідній документації.

1. Збір анамнезу та скарг, спрямований на: виявлення локалізації болю, його характер, інтенсивність та динаміку, а також фактори, які викликають/посилюють біль або нівелюють його. Характеристики болю можуть указувати на можливу етіологію або наявність супутніх захворювань (див. пункти 4.3.1, 4.3.2).

2. Фізикальне обстеження (див. пункт 4.3.3).

3. Гінекологічне обстеження (див. пункт 4.3.3).

4. Направлення до лікаря акушера-гінеколога для подальшого обстеження та встановлення діагнозу впродовж 14 днів.

### **3.1.3. Лікування**

#### **Положення протоколу**

Лікування пацієнток з больовим синдромом при ГЕ призначається лікарем загальної практики-сімейним лікарем та/або лікарем першого контакту і здійснюється із застосу-

ванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії.

Вибір методу лікування визначається з урахуванням локалізації ендометріозу, ступеня поширеності, глибини ураження і тяжкості захворювання.

### **Обґрунтування**

Необхідно забезпечити якість життя пацієнтки до моменту встановлення діагнозу та призначення етіопатогенетичного лікування.

### **Необхідні дії**

#### Обов'язкові:

1. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень.
2. За необхідності призначити емпіричну терапію:
  - симптоматичне знеболення: НППЗ, анальгетики;
  - седативні засоби;
  - дієтотерапія.
3. Сприяти виконанню пацієнткою плану лікування, призначеного лікарем акушером-гінекологом.

### **3.1.4. Подальше спостереження**

#### **Положення протоколу**

Пацієнтки з ГЕ потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнткою плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.



## Обґрунтування

Пацієнтки з ГЕ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 2 рази на рік або на вимогу.

Огляд проводиться всім пацієнткам з ГЕ для виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.

## Необхідні дії

### Обов'язкові:

1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану диспансеризації.

2. Проводити 2 рази на рік диспансеризацію пацієнтки, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження, гінекологічне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і за необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до лікаря акушера-гінеколога.

3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (Додаток).

## **3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) амбулаторна медична допомога**

### **3.2.1. Діагностика**

#### **Положення протоколу**

Діагностичні заходи, спрямовані на виявлення/підтвердження наявності ГЕ, диференційну діагностику, встановлення причин неефективного лікування захворювання на

етапі первинної допомоги, виявлення тяжких ускладнень, включають:

1. Збір анамнезу та клінічних даних.
2. Загальне обстеження.
3. Гінекологічне обстеження.
4. Інструментальні методи обстеження.
5. Лабораторні методи обстеження.

Принципи та методи діагностики ендометріозу у дівчат та підлітків відповідають таким у дорослих жінок (див. [під-розділ 4.5](#)).

### **Обґрунтування**

Для ендометріозу характерною рисою є невідповідність уражень інтенсивності больових відчуттів.

Найбільш виражені больові відчуття можуть бути при глибокому інфільтративному ендометріозі, аденоміозі.

Помірні форми вогнищ ендометріозу, які характеризуються високою проліферативною активністю, можуть мати прояви різкого болю.

Місце розташування гетеротопій також впливає на локалізацію і характер больових відчуттів. Наявність ендометріїдних вогнищ частіше всього спостерігається в позаматковому просторі, на крижово-маткових зв'язках, широких маткових зв'язках, ректовагінальній перетинці, що часто супроводжуються болем, пов'язаним з виконанням фізіологічних функцій (дефекація, статевий акт). Ці симптоми частіше проявляються в перименструальні дні, проте вони можуть бути і в інші дні менструального циклу.

### **Необхідні дії**

#### Обов'язкові:

Необхідні діагностично-лікувальні втручання здійснюються за погодженням пацієнтки та відображуються у відповідній документації.

1. Збір анамнезу та клінічних даних (див. пункти 4.3.1, 4.3.2).
2. Загальне обстеження (див. пункт 4.3.3).
3. Гінекологічне обстеження (див. пункт 4.3.3).
4. Інструментальні методи дослідження (див. пункт 4.3.4):
  - УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);
  - кольпоскопія;
  - ректороманоскопія, колоноскопія (за показаннями);
  - цистоскопія (за показаннями);
  - лапароскопія (за показаннями);
  - гістероскопія (за показаннями);
  - МРТ (за показаннями);
  - рентгенологічне дослідження (екскреторна урографія, іригоскопія за показаннями).
5. Лабораторні методи дослідження (див. пункт 4.3.5):
  - цитологічний метод дослідження;
  - гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

### **3.2.2. Лікування**

#### **Положення протоколу**

Лікування пацієнок з ГЕ здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів та засобів фармакотерапії.

Вибір методу лікування визначається з урахуванням локалізації ендометріозу, ступеня поширеності, глибини ураження і тяжкості захворювання.

Принципи та методи лікування ендометріозу у дівчат та підлітків відповідають таким у дорослих жінок (див. [підрозділ 4.5](#)).

## Обґрунтування

Фактори, що впливають на вибір терапії:

- вік жінки;
- репродуктивний статус;
- репродуктивні плани;
- характер та тяжкість симптомів;
- вплив на якість життя;
- стадія хвороби;
- попереднє лікування;
- персональні пріоритети;
- побічні ефекти;
- ризики лікування;
- можливість тривалого лікування;
- інші фактори (безпліддя).

Індивідуалізована терапія, спрямована на подолання скарг (біль, безпліддя), покращення якості життя, оптимізація співвідношення профілів ефективності, безпеки та переносимості, підвищення прихильності до лікування.

В якості терапії першої лінії рекомендовано використання гестагенів, КОК, НППЗ. Гестагени, враховуючи їхню доведену ефективність, хорошу переносимість, мінімальні метаболічні ефекти, можна розглядати як найбільш сучасну терапію вибору для лікування ендометріозу.

Хірургічне лікування має проводитись за чітко визначеними показаннями.

## Необхідні дії

### Обов'язкові:

1. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень (Додаток).

2. На основі отриманих даних дослідження та за участю пацієнтки призначити медикаментозне лікування, визначити періодичність спостереження (див. пункт 4.4.1).

3. Хірургічне лікування призначається у випадках зовнішніх форм локалізації ендометріозу за умови наявності клінічних симптомів (див. пункт 4.4.2).

4. Надати рекомендації (з оформленням виписки) лікарю загальної практики-сімейному лікарю щодо моніторингу виконання призначень.

### **3.3. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) стаціонарна медична допомога**

#### **3.3.1. Госпіталізація**

##### **Положення протоколу**

Госпіталізація здійснюється:

- у випадках тяжкого перебігу ендометріозу з вираженими неврологічними розладами;
- проведення інвазивних методів обстеження;
- проведення оперативного лікування;
- відновлення фертильності.

##### **Обґрунтування**

Існують докази, що своєчасне направлення на госпіталізацію позитивно впливає на перебіг захворювання. Проведення деяких видів лікування може здійснюватися тільки в умовах стаціонару.

Тяжкі неврологічні порушення потребують комплексного обстеження та лікування супутніх захворювань.

Інвазивні методи обстеження необхідно проводити під адекватним знеболенням за участю лікаря-анестезіолога.

## **Необхідні дії**

### Обов'язкові:

Ознайомити пацієнтку з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма № 003-б/о), погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 003/о).

### **3.3.2. Діагностика**

#### **Положення протоколу**

Діагностичні заходи, спрямовані на виявлення/підтвердження наявності ГЕ, диференційну діагностику, встановлення причин неефективного лікування захворювання на етапі первинної допомоги, виявлення тяжких ускладнень, включають:

1. Збір анамнезу та клінічних даних.
2. Загальне обстеження.
3. Гінекологічне обстеження.
4. Інструментальні методи обстеження.
5. Лабораторні методи обстеження.

#### **Обґрунтування**

Для ендометріозу характерною рисою є невідповідність уражень інтенсивності больових відчуттів.

Найбільш виражені больові відчуття можуть бути при глибокому інфільтративному ендометріозі, аденоміозі.

Помірні форми вогнищ ендометріозу, які характеризуються високою проліферативною активністю, можуть мати прояви різкого болю.

Місце розташування гетеротопій також впливає на локалізацію і характер больових відчуттів. Найявність ендометріюїдних вогнищ частіше всього спостерігається в позаматковому просторі, на крижово-маткових зв'язках, широких маткових зв'язках, ректовагінальній перетинці, що часто супроводжуються болем, пов'язаним з виконанням фізіологічних функцій (дефекація, статевий акт). Ці симптоми частіше проявляються в перименструальні дні, проте вони можуть бути і в інші дні менструального циклу.

### **Необхідні дії**

#### Обов'язкові:

1. Збір анамнезу та клінічних даних (див. пункти 4.3.1, 4.3.2).
2. Загальне обстеження (див. пункт 4.3.3).
3. Гінекологічне обстеження (див. пункт 4.3.3).
4. Інструментальні методи дослідження (див. пункт 4.3.4):
  - ендоскопічне дослідження (лапароскопія, гістероскопія за показаннями);
  - урологічне (за показаннями);
  - ректороманоскопія, колоноскопія (за показаннями).
5. Лабораторні методи дослідження:
  - гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

### **3.3.3. Лікування**

#### **Положення протоколу**

Лікування пацієнок з ГЕ здійснюється із застосуванням немедикаментозних методів і засобів фармакотерапії та включає:

1. Лікування супутніх захворювань.

## 2. Хірургічне лікування.

Вибір методу лікування визначається з урахуванням локалізації ендометріозу, ступеня поширеності, глибини ураження і тяжкості захворювання.

### **Обґрунтування**

1. Тяжкі форми перебігу ендометріозу з неврологічними порушеннями та порушеннями суміжних органів потребують стаціонарного лікування.

2. Хірургічне лікування генітального ендометріозу дозволяє видалити механічно чи знищити сам морфологічний субстрат ендометріозу. Проте сучасний підхід до лікування хворих з ендометріозом полягає в комбінації хірургічного методу, спрямованого на максимальне видалення ендометріюїдних вогнищ, і гормональної терапії. Медикаментозна терапія дає змогу оптимізувати результати хірургічного лікування. Проведення гормональної терапії після оперативного втручання сприяє закріпленню позитивних результатів та дозволяє уникнути прогресування захворювання.

### **Необхідні дії**

#### Обов'язкові:

1. Обстеження суміжними спеціалістами за необхідності.
2. Хірургічне лікування проводиться у випадках наявності клінічних симптомів за умови:
  - зовнішніх форм локалізації ендометріозу,
  - наявності глибокого інфільтративного ендометріозу із залученням кишечника, сечового міхура, сечоводу або тазових нервів;
  - гострого захворювання придатків матки (перекрут кісти або розрив кісти яєчника);
  - наявності протипоказань до медикаментозної терапії та недостатньої її ефективності;



- прогресування тазового больового синдрому, незважаючи на адекватне медикаментозне лікування;
  - ендометріюми яєчника з використанням методик, спрямованих на збереження оваріального резерву;
  - неефективного консервативного лікування безпліддя.
3. Після проведеного хірургічного лікування має бути призначена гормональна терапія гестагенами.

### **3.3.4. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період**

#### **Положення протоколу**

При виписуванні пацієнтці надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого встановленої форми, яка містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.

#### **Обґрунтування**

Можливість для пацієнтки отримати необхідне консультування та огляд в післяопераційному періоді мінімізує можливість виникнення рецидивів ендометріозу.

#### **Необхідні дії**

##### Обов'язкові:

1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).
2. Надати пацієнтці інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування, необхідність неухильного дотримання плану подальшого лікування, проведення

періодичних обстежень відповідно до плану диспансеризації.

3. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.
4. За необхідності направити пацієнтку на консультацію з планування сім'ї та репродуктивного здоров'я населення.

### **3.3.5. Реабілітація**

#### **Положення протоколу**

Пацієнтки з ГЕ з тяжким перебігом перебувають на диспансерному обліку у лікаря-акушера-гінеколога.

Пацієнтки з ГЕ повинні мати можливість отримувати кваліфіковану реабілітацію та періодичні огляди спеціалістів, які відповідають за реабілітацію.

#### **Обґрунтування**

Існують дані, що реабілітаційні заходи, які включають фізіотерапевтичні процедури, лікувальну фізкультуру, санаторно-курортне лікування, психологічну допомогу, мають позитивний вплив на перебіг захворювання та психологічний стан пацієнтів з ГЕ.

Значні успіхи, досягнуті в останні роки в розумінні природи болю при ендометріозі, та сучасні підходи до лікування ендометріозу передбачають перманентний моніторинг пацієнок до настання менопаузи.

#### **Необхідні дії**

##### Обов'язкові:

1. Продовження лікування амбулаторно згідно з призначеннями після госпіталізації.

2. Проводити 2 рази на рік диспансеризацію пацієнтки, яка включає збір анамнезу, фізикальне обстеження, гінекологічне обстеження з метою виявлення тривожних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів і за необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до інших спеціалістів.

3. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, дотримання фізичної активності залежно від стану пацієнтки, призначити фізіотерапевтичні процедури тощо.

## **Розділ IV. Опис етапів надання медичної допомоги**

### **4.1. Загальний алгоритм організації медичної допомоги пацієнткам з ендометріозом**



## **4.2. Принципи консультування пацієнтки**

Принципи спілкування:

Ставлення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим, співчутливим незалежно від віку, соціального та матеріального статусу пацієнтки. Розуміння хворого з боку лікаря – це підґрунтя, на якому зростає довіра.

Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його занепокоєнь. Співчуття – ключ до співпраці лікаря та хворого. Налагоджені стосунки лікаря і хворого не лише цілющі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур.

Первинне консультування обов'язково проводиться при першому зверненні пацієнтки.

## **4.3. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики**

### **4.3.1. Збір анамнезу**

З'ясовується давність захворювання або виникнення симптомів ХТБ, репродуктивний статус (кількість пологів, абортів та можливі їхні ускладнення), перенесені оперативні втручання, а також вид попереднього лікування ендометріозу, наявність безпліддя.

Ендометріоз і безпліддя можуть набувати розвитку паралельно, залежно від однієї або декількох загальних причин. При цьому мають значення захворювання, які супроводжують ендометріоз. Серед них можна виділити:

- порушення секреції гормонів, які призводять до неповноцінної овуляції і/чи функціональної неповноцінності жовтого тіла та ендометрія;
- порушення локального імунітету;

– гіперпластичні процеси ендометрія, молочної залози, щитоподібної залози;

– доброякісні новоутворення: кісти, кістоми яєчників, лейоміома матки, які часто спостерігаються при ендометріозі.

Необхідно враховувати, що ГЕ характеризується різноманітністю клінічного перебігу від безсимптомного до картини «гострого живота». Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом (з'являється перед та посилюється під час менструації). Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ГЕ, ступенем їхнього розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології.

#### **4.3.2. Скарги пацієнтки**

диференціюють за такими суб'єктивними клінічними ознаками ендометріозу:

1. *Типові симптоми:* ХТБ, дисменорея, диспареунія, безпліддя.
2. *Менш типові симптоми:* міжменструальні кров'янисті виділення, АМК, дизурія, дисхезія (порушення дефекації).
3. *Більш рідкісні симптоми:* гематурія, кровотечі з прямої кишки.
4. *Симптоми, які зустрічаються дуже рідко:* гемоптизис (кровохаркання), кишкова непрохідність, водянка нирки та сечоводу, шкірні вузли тощо, залежно від локалізації.

Клінічними ознаками ендометріозу також є слабкість, швидка втомлюваність, значна втрата працездатності. Вираженість больового синдрому, що регулярно повторюється в дні менструації, та прогресуюча слабкість сприяють появі почуття тривоги, страху.

Необхідно враховувати, що не завжди спостерігається кореляція між розміром вогнища ураження, тривалістю процесу та клінічними проявами захворювання. Ендометріодна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, проте іноді спричинює біль, особливо напередодні та під час менструації, який може супроводжуватися нудотою, блювотою, втратою свідомості.

При мікроперфорації ендометріодних кіст нерідко виникають явища перитоніту. Для більшості хворих на ГЕ матки характерні рясні тривалі менструації, нерідко АМК, відчуття важкості, розпирання в нижніх відділах живота.

Характер порушень менструальної функції багато в чому залежить від локалізації вогнищ ендометріозу, ступеня ураження геніталіїв і тазових органів. Найбільш частими з них є:

- прогресуюча дисменорея (при внутрішньоматковому ендометріозі з ураженням перешийка, ендометріозі яєчників, тазової очеревини, крижово-маткових зв'язок, позашийковому ендометріозі з залученням параректальної клітковини та стінки прямої кишки);

- аномальні маткові кровотечі (при аденоміозі в поєднанні із лейоміомою матки);

- кровомазання до і після менструації, контактні кров'яністі виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників і аденоміозі матки).

В окремих випадках ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур у ділянці придатків матки, безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників периоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріодними кістами та інше.

Клінічними ознаками ендометріозу можуть також бути психоемоційні порушення.

При проведенні диференційного діагнозу тазового болю в молодих жінок у першу чергу як причину необхідно припускати ендометріоз, поки не доведена інша причина більших проявів.

#### **4.3.3. Загальне обстеження:**

- а) Зовнішній вигляд (колір шкірного покриву).
- б) У разі важкого перебігу ендометріозу з неврологічними порушеннями або супутніми захворюваннями здійснюють посиндромне обстеження.
- в) Гінекологічне обстеження:
  - зовнішній огляд геніталій;
  - огляд ділянки промежини на наявність ознак ППСШ (виразок, кондилом, патологічних виділень);
  - огляд у дзеркалах стінок піхви та шийки матки на наявність патологічних виділень або деформацій (у разі виявлення ознак ППСШ чи запального захворювання призначають лікування згідно із діючим клінічним протоколом);
  - обстеження перешийку матки: ущільнення, розширення, болючість;
  - обстеження тіла матки: положення, розміри, форма, щільність, рухомість, болючість;
  - обстеження заднього склепіння піхви: інфільтрація, рубцеві зміни;
  - обстеження придатків матки: розміри, рухомість, болючість, консистенція;
  - обстеження крижово-маткових зв'язок: потовщення, напруження, болючість.

#### **4.3.4. Інструментальні методи діагностики**

генітального ендометріозу дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень. Застосовуються такі методи:

- а) УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);
- б) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія), які проводиться залежно від показань;
- в) цитологічний метод дослідження;
- г) МРТ за показаннями;
- д) обов'язкове гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

#### УЗД (трансабдомінально та трансвагінально)

Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу тіла матки ґрунтується на таких критеріях:

- а) збільшення передньо-заднього розміру матки;
- б) округлість її форми;
- в) наявність у міометрії (напередодні менструації) аномальних кістозних порожнин діаметром 3–5 мм.

Застосування піхвового датчика покращує інформативність УЗД у таких випадках.

Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є:

- поява в стінці матки зони підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми;
- наявність у ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу;
- не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і понижена – біля віддаленого.



При УЗД ендометріюїдних кіст необхідно проводити диференційну діагностику з іншими об'ємними утвореннями в яєчниках, що мають подібну картину, а саме з гематомою яєчника, абсцесом, туберкульозом яєчника та дермоїдними кістами.

Для діагностики ГЕ, оцінки ступеня та характеру судинних порушень використовуються доплерометричні дослідження кровоплину в артеріях органів малого таза.

Гістероскопія. Основною ендоскопічною ознакою ГЕ при гістероскопії є наявність вічок ендометріюїдних ходів у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової порожнини матки, з яких, в окремих випадках, виливається кров (при множинній локалізації вогнищ ГЕ ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників).

Разом з тим, діагностична цінність цієї ознаки викликає певні сумніви, враховуючи, що вона часто зустрічається після попереднього інструментального вилучення функціонального шару ендометрія, при вишкрібанні якого пошкоджується цілісність судинної системи базального шару слизової матки, і нерідко за ендометріюїдні гетеротопії приймаються вени, з яких виливається кров.

Висока інформативність гістероскопії в діагностиці вузлової форми аденоміозу – при цій формі захворювання змінюється рельєф слизової оболонки тіла матки. Для вузлової форми аденоміозу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок локального вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометріюїдних «зіниць». Для всіх форм аденоміозу спільним є яскравість та неоднорідність судинного малюнка.

*Лапароскопія* з хромогідротубацією дає змогу оглянути всю черевну порожнину від дугласового простору до діафрагми та перевірити прохідність маткових труб у жінок, які зацікавлені в реалізації репродуктивної функції. Ендометріоз може локалізуватися на різних органах і залучити в процес будь-яку перитонеальну структуру та мати різноманітні прояви (білий, червоний, синій, бульбашковий).

Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріоз, його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й надає можливість виконати ендокоагуляцію ендометріюїдних гетеротопій, взяти біопсію і призначити адекватну терапію.

При підозрі на ендометріоз доцільно розпочати емпіричне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії та/або гістології. Це необхідно робити в усіх випадках тяжкої дисменореї, резистентної до лікування нестероїдними протизапальними препаратами, за наявності болю при огляді органів малого тазу та виявленні вузлів при пальпації матково-крижових зв'язок і ректовагінальної перетинки, або при сонографічному виявленні кісти яєчника з ознаками, характерними для ендометріоми.

#### **4.3.5. Лабораторна діагностика**

З метою встановлення/підтвердження діагнозу ГЕ призначаються:

- цитологічне дослідження;
- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії;
- рутинно не рекомендовано використовувати з метою діагностики ендометріозу імунологічні біомаркери, в тому числі СА-125, які містяться в плазмі, сечі або сироватці крові, оскільки вони не є інформативними,

хоча рівень СА-125 у сироватці крові при помірних і тяжких формах ендометріозу може бути дещо підвищеним.

#### 4.3.6. Диференційний діагноз

Необхідно проводити диференційну діагностику ендометріозу з лейоміомою матки, хронічним сальпінгоофоритом, пухлинами геніталіїв, кишечника, гіперпластичними процесами ендометрія, позаматковою вагітністю, нефроптозом, сечокам'яною хворобою, апендицитом, парапроктитом, проктитом, колітом тощо.

#### Диференційний діагноз тазового болю

| Локалізація      | Симптоми  |
|------------------|---|
| Матка            | Первинна дисменорея<br>Аденоміоз  |
| Кишечник         | Синдром роздратованого кишечника<br>Запальне захворювання кишечника<br>Хронічний запор  |
| Сечовий міхур    | Інтерстиціальний цистит<br>Інфекція сечових шляхів<br>Сечокам'яна хвороба   |
| Яєчники          | Mittelschmerz (овуляторний біль)<br>Кісти яєчників (розрив, перекрут і т.д.)<br>Синдром кукси (залишку) яєчників  |
| Фаллопієві труби | Гематосальпінкс (після стерилізації або абляції ендометрія)<br>Позаматкова вагітність (гостра чи хронічна)<br>Запальне захворювання органів малого тазу |
| Загальні причини | М'язово-фасціальний біль<br>Невропатичний біль<br>Варикозна хвороба тазових вен<br>Спайковий процес   |

## 4.4. Алгоритм лікування

Відсутні універсальні препарати, які повністю вилікують ендометріоз, тому застосовується комплексний підхід до лікування.

Ендометріоз потрібно розглядати як хронічне захворювання, яке потребує розробки плану довгострокового ведення пацієнтки з максимальним використанням медикаментозного лікування для запобігання повторним хірургічним втручанням. Терапія має тривати до віку менопаузи або поки не настане вагітність, якщо вона бажана.

### 4.4.1. Консервативні методи лікування

#### 4.4.1.1. Медикаментозне лікування ендометріозу

У якості медикаментозної терапії першої лінії застосовуються прогестини, оральні контрацептиви, НППЗ та інші анальгетики (зокрема парацетамол з метою ефективного знеболення).

#### *Пероральні прогестини*

Прогестини безпосередньо впливають на ендометрію, викликаючи децидуалізацію клітин стромы та секреторну трансформацію епітеліальних клітин ендометрія, що призводить до атрофії при використанні їх у безперервному режимі.

В свою чергу, пригнічення овуляції на тлі прийому прогестинів дозволяє, з одного боку, знизити ризики рецидивів ендометріозу, а з іншого – зберегти вже до цього знижений оваріальний резерв у пацієнок з відстроченими репродуктивними планами.

У якості терапії першої лінії потрібно розглядати монотерапію одним із традиційних прогестинів, таких як медрок-

сіпрогестерон, ципротерон, норетистерон, дієногест в режимах та дозуваннях, передбачених інструкцією для медичного застосування.

Дієногест має потужну антипроліферативну дію, спрямовану на ендометрій, а також антиангіогенний, протизапальний та імуномодельючий ефект. До переваг цього прогестину відносять особливий механізм блокади овуляції, спрямований на апоптоз гранульозних клітин зростаючого фолікула, слабкий центральний ефект (інгібування рівня ФСГ і ЛГ) і помірне зниження продукції естрадіолу, рівень якого знаходиться в межах терапевтичного вікна, що дозволяє уникнути розвитку симптомів естрогенного дефіциту при збереженні вираженого антипроліферативного ефекту.

Його щоденна доза 2 мг впродовж 65 тижнів забезпечує прогресуюче зменшення інтенсивності больових проявів захворювання, покращення якості життя пацієнток та відсутність у них клінічної симптоматики ще впродовж 6 місяців після припинення лікування.

### ***Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС)***

ЛНГ-ВМС може бути ефективною терапією ендометріозу, що зменшує дисменорею та тазовий біль, не пов'язаний з менструальним циклом, а також дисхезію та тяжку диспареунію.

### ***Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)***

КОК широко застосовуються для лікування як больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом, так і болю у жінок з підозрою на ендометріоз. Це є практичними перевагами КОК, включаючи контрацептивний захист, безпеку тривалого застосування та забезпечення контролю менструального циклу.

Більш доцільно використання безперервного прийому КОК.

Однак потрібно наголосити, що призначення КОК підліткам з тазовим болем без підтвердження ендометріозу може сприяти ще більшому відстроченню часу діагностування захворювання.

Поки що недостатньо також даних і про можливий вплив естрогенового компонента у складі КОК на перебіг захворювання, оскільки існує припущення щодо потенційної стимуляції розвитку та прогресування захворювання під впливом екзогенних естрогенів, тому що відомо, що ендометріоз є естрогензалежним процесом. З іншого боку, сучасні комбіновані гормональні контрацептиви містять надто низькі дози етинілестрадіолу для того, щоб спричинити активацію хвороби.

### *Агоністи гонадотропін-релізінг-гормону (аГнРГ)*

Ці синтетичні пептиди є аналогами гонадотропін-релізінг-гормону гіпоталамусу. Механізм їхньої дії обумовлений конкуруванням з ендогенним ГнРГ за рецептори клітин гіпофізу, що секретують гонадотропіни. Використання супроводжується симптомами дефіциту естрогенів: припливами жару, сухістю в піхві, зниженням лібідо.

Прийом аГнРГ може призвести до ятрогенного зниження мінеральної щільності кісткової тканини у зв'язку з дефіцитом естрогенів, що підвищує ризик остеопорозу, обмежує термін застосування аГнРГ до 6 міс. та потребує терапії «прикриття» естрогенами.

Для попередження втрати кісткової маси та гіпоестрогенних симптомів під час лікування рекомендується призначати гормональну терапію «прикриття» (гестагени, ЗГТ) одночасно з початком терапії агоністами ГнРГ. Згідно з наявними даними, гормональна терапія «прикриття» не зменшує

ефективність лікування, спрямованого на полегшення болювого синдрому.

### ***Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби (НПЗЗ)***

Застосування НПЗЗ можуть призначатись як терапія першої лінії при болю, спричиненому ендометріозом. Водночас використання НПЗЗ підвищує вірогідність побічних ефектів як у шлунково-кишковій, так і в серцево-судинній системах, у зв'язку з чим призначати ці лікарські препарати бажано короткими курсами.

### ***Інші лікарські засоби для лікування симптомів ендометріозу***

Клінічно доведено ефективність для лікування симптомів ендометріозу лікарських засобів з фармакотерапевтичної групи інгібіторів ароматази. Водночас потрібно зазначити, що їхнє призначення в Україні може мати обмеження, оскільки показання до застосування лікарських засобів «генітальний ендометріоз» відсутні в інструкціях для медичного застосування, затверджених МОЗ України.

#### **4.4.1.2. Додаткові методи лікування симптомів ендометріозу**

Помірно ефективною і безпечною, але такою, що вимагає повторних курсів лікування, є рефлексотерапія (лазерна пунктура, акупунктура). Вона є допоміжним методом, який допоможе краще переносити симптоми і лікування ендометріозу та сприятиме підвищенню якості життя пацієнток. Високочастотна черезшкірна електрична нейростимуляція з деякою ефективністю короткостроково купірує больовий синдром.

#### 4.4.1.3. Спосіб життя і дотримання дієти

Відсутні переконливі докази, що зниження маси тіла має сприятливий вплив на зниження симптоматики ендометріозу, хоча є дані, що дієтичні заходи після хірургічного лікування ендометріозу, як-от: вживання вітамінів, препаратів магнію і кальцію, риб'ячого жиру, продуктів, що містять катехіни та індол-3-карбінол, можуть бути ефективними щодо зниження тазового болю і поліпшення якості життя.

#### 4.4.2. Хірургічне лікування

Хірургічне лікування ендометріозу проводиться в таких випадках:

1. При стійкому тазовому болі на тлі недостатньої ефективної медикаментозної терапії та за наявності протипоказань до неї.
2. При гострому захворюванні придатків матки (розрив кісти яєчника, перекрут придатків).
3. При тяжкому глибокому інфільтративному ендометріозі з ураженням кишечника, сечового міхура, сечоводів, тазових нервів.
4. За наявності або підозрі на ендометріому яєчника діаметром понад 3 см.
5. За наявності стійкого безпліддя при неуточненому діагнозі.

Хірургічне лікування може бути «консервативним» або «радикальним». Метою консервативного хірургічного лікування ендометріозу є відновлення нормальної анатомії та припинення болю.

Хірургічні методи включають (SOGC):

- пряму абляцію;
- лізис, висічення вогнищ ендометріозу;



- видалення ендометріом яєчників;
- однобічну аднексектомію (у випадку асиметричного ураження);
- резекцію;
- збривання (шейвінг) ендометріюідних уражень суміжних органів (кишечнику, сечового міхура, сечоводів, апендикса тощо).

Радикальне хірургічне лікування включає двобічну овариоектомію з метою створення менопаузи або може включати гістеректомію з двобічною тубектомією, видалення всіх наявних уражень (SOGC). Радикальний підхід потрібно розглядати у жінок з тяжким больовим синдромом, які не зацікавлені у збереженні репродуктивної функції або яким показана гістеректомія при поєднанні аденоміозу з лейоміомою матки та за наявності тяжких проявів АМК.

Лапароскопія є найбільш доцільним хірургічним підходом до лікування ендометріозу незалежно від тяжкості захворювання завдяки кращій візуалізації вогнищ, більш швидкій реабілітації стану пацієнток після операції порівняно з лапаротомією. Пацієнтки з глибоким інфільтративним ендометріозом з ураженням кишечника, сечового міхура, сечоводів повинні оперуватися лікарями, що мають відповідний досвід та спеціальну підготовку для ведення таких випадків з урахуванням необхідності мультидисциплінарного підходу (SOGC).

При виявленні ендометріозу під час лапароскопії у пацієнток з тазовим болем і (або) безпліддям рекомендується провести хірургічне лікування ендометріозу, оскільки цей метод («побачити й пролікувати») дозволяє ефективно зменшити біль, пов'язаний з ендометріозом, а також покращити репродуктивні результати як у природному циклі, так і при застосуванні ДРТ. Може бути виконана як абляція, так і резекція перитонеального ендометріозу з метою зменшення

пов'язаного з ним болю, хоча перевагу потрібно віддавати резекції, якщо це можливо (ESHRE).

У разі наявності глибокого інфільтративного ендометріозу рекомендується виконувати такі хірургічні кроки:

- 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини;
- 2) адгезіолізіс і «second-look» лапароскопічна ревізія, верифікація глибокого інфільтративного ендометріозу, його локалізації і стадії;
- 3) етап хірургічного лікування ендометріом (техніка енуклеації та часткової абляції), тимчасова фіксація яєчників;
- 4) латеральна перитонеальна дисекція (часткова або тотальна);
- 5) центральна перитонеальна дирекція (передня і задня);
- 6) збривання (шейвінг) або резекція ендометріюїдних вузлів з прямої кишки, сечового міхура, сечоводів, резекція сигмоподібної кишки, апендектомія за необхідності;
- 7) евакуація макропрепаратів, контроль цілісності порожнинних органів (сечовий міхур, пряма, сигмоподібна кишка), гемостаз та дренивання черевної порожнини.

Хірургічне втручання у випадках інфільтративних форм ендометріозу з ураженням кишечника потребує міждисциплінарного підходу з передопераційною консультацією суміжних спеціалістів. При тяжких формах глибокого інфільтративного ендометріозу операцію треба виконувати в багатопрофільних стаціонарах або спеціалізованих центрах лікування ендометріозу, оскільки хірургічний етап лікування може включати резекцію прямої або сигмоподібної кишки, сечового міхура, сечоводів, тощо.

### *Хірургічне лікування ендометріом яєчників*

У разі наявності ендометріом яєчників обсяг хірургічного втручання має залежати від наявності у пацієнтки репродуктивних намірів. Варіанти хірургічних втручань включають видалення стінки кісти (енуклеація) або аспірацію та абляцію ложа кісти.

Ендометріоми яєчників більше 3 см в діаметрі у жінок зі стійким тазовим болем мають бути видалені хірургічним шляхом, якщо це можливо. Дуже важливо оцінити оваріальний резерв перед проведенням лапароскопічної операції у жінок із безпліддям.

Для молодих жінок з метою збереження дітородної функції доцільним є заморожування яйцеклітин перед хірургічним видаленням ендометріом яєчників, особливо у випадку двобічних ендометріюїдних кіст.

У пацієнток, не зацікавлених у вагітності, в післяопераційному періоді доцільно використання пероральних гестагенів, левоноргестрелвиділяючої внутрішньоматкової системи або КОК в циклічному чи, переважно, в безперервному режимі.

### *Хірургічне лікування стійкого тазового болю, пов'язаного з ендометріозом*

Обсяг хірургічних втручань, пов'язаних з болем, при ендометріозі включає всі вищезазначені методи. Пресакральна нейротомія може розглядатися як доповнення до хірургічного лікування стійкого больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом.

### *Хірургічне лікування безпліддя у зв'язку з ендометріозом*

Лікування безпліддя, спричиненого ендометріозом, включає хірургічне видалення ендометріюїдних гетеротопій та роз'єднання злук з метою відновлення нормальної анатомії

органів малого тазу, а також за необхідності перед застосуванням **допоміжних репродуктивних технологій**.

Функціональна цілісність маткових труб та яєчників після лапароскопічної операції є сприятливим аспектом для можливої спонтанної вагітності.

Лапароскопічне роз'єднання злукових утворень при ендометріозі, вивільнення яєчників та маткових труб є надзвичайно важливим в лікуванні безпліддя і передбачає з метою попередження повторного спайкоутворення застосування бар'єрних методів профілактики.

Лапароскопічне хірургічне видалення ендометріюїдної тканини визнано ефективним методом покращення фертильності при I та II стадії ендометріозу. При цьому відсутні переваги видалення вогнища ендометріозу над його абляцією.

Лапароскопічне видалення ендометрію великих розмірів (більше 3 см) може покращити фертильність.

Позитивний вплив на фертильність хірургічного лікування глибокого інфільтративного ендометріозу на сьогодні є суперечливим. Лапароскопічне лікування глибокого інфільтративного ендометріозу, включаючи колоректальний ендометріоз, потрібно розглядати як варіант другої лінії після невдалої спроби застосування ДРТ.

Частота настання вагітності після повторної операції, незалежно від форми ендометріозу, приблизно наполовину нижче, ніж після першої операції.

Оптимальна тактика хірургічного лікування – це ендоскопічне втручання за наявності інформованої згоди пацієнтки на можливе розширення обсягу операції в разі необхідності.

При виборі обсягу втручання сучасним підходом вважається, навіть за наявності тяжких форм ендометріозу у жінок, зацікавлених у відновленні генеративної функції, – дотримання принципів реконструктивно-пластичної консерва-

тивної хірургії. Вдаватися до радикальних операцій вважається доцільним тільки у випадках, коли всі інші можливості як хірургічного, так і медикаментозного лікування вичерпані.

Лапароскопічна хірургія може проводитися із застосуванням електрохірургічної техніки, ультразвукової та лазерної енергії.

Електрокоагуляція окремих ендометріодних вогнищ проводиться із застосуванням монополярних та біполярних електродів. Малі (менше 2 см) ендометріоми потрібно розрізати, евакуювати вміст, ретельно вилущувати оболонку пухлиноподібного утворення і/або коагулювати її ложе. Іноді, з метою видалення ендометріоми, виконують резекцію яєчника.

Ендометріодні імпланти часто розміщуються поблизу життєво важливих органів, що створює певні труднощі при електрокоагуляції таких імплантатів через небезпеку пошкодження прилеглих органів та анатомічних структур. За показаннями можлива лапароскопічна коагуляція та, в деяких випадках, пересічення крижово-маткових зв'язок, що дозволяє зменшити больовий синдром. Такий об'єм оперативного втручання розглядають як альтернативу лапаротомній пре-сакральній нервектомії.

При тяжких формах глибокого інфільтративного ендометріозу з порушенням функцій чи ураженням ендометріозом сусідніх органів (сечоводи, кишечник, сечовий міхур), при великих розмірах ендометріодних кіст, поєднанні ендометріозу з множинною лейоміомою матки або великими лейоміомами (діаметр вузла понад 9–10 см) може бути виконана лапаротомія.

Ідеальною тактикою хірургічного лікування на сьогодні є та, що спрямована на попередження повторних хірургічних втручань.

Підбиваючи підсумки підрозділу 4.4 «Лікування ендометріозу», треба зазначити, що на часі не втратили свого

значення висловлені більше 20-ти років тому думки фахівців з клініки Мейо (США) P.Y. Lu та S.J. Ory (1995): «Ендоетріоз все ще залишається загадковим захворюванням, яке кидає виклик клініцистам. Немає простого алгоритму, який допоміг би лікарю вибрати найдоцільніший з багатьох методів терапії. Доти, доки остаточно не зрозуміють патогенез захворювання, вибір лікувальної тактики залишиться емпіричним і буде ґрунтуватися на клінічному досвіді».

#### **4.5. Ендоетріоз у дівчаток та дівчат-підлітків**

- Ендоетріоз – найчастіша причина вторинної дисменореї у підлітків.
- У підлітків з ендоетріозом з більшою ймовірністю, ніж у дорослих жінок, відзначається ациклічний біль.
- При фізичному огляді підлітків з ендоетріозом рідко виявляються які-небудь відхилення, оскільки у більшості з них захворювання перебуває на ранній стадії.

Затримка з встановленням діагнозу ендоетріозу у підлітків може бути частково пояснена тим, що на початкових етапах захворювання біль пов'язують з первинною дисменореєю і, отже, відносять до «нормальних» для підліткового віку симптомів. Коли тазовий біль впливає на щоденну активність (таку як навчання і робота), це вимагає уваги лікаря і призначення терапії.

У 10% випадків дисменорея у підлітків є вторинною і пов'язана з іншими порушеннями. Вторинна дисменорея має бути запідозрена у пацієток, які не відповідають на препарати першої лінії (НПЗ і КОК), що зазвичай застосовуються для лікування первинної дисменореї.

Оскільки первинна дисменорея виникає з моменту встановлення овуляторних циклів (в середньому і пізньому підлітковому періоді), початок дисменореї незабаром після менархе (протягом перших 6 місяців) вказує на можливість вторинної причини, зокрема пов'язаної з ускладненим відтоком менструальної крові внаслідок аномалій розвитку Мюллерового протоку.

### *Діагностика*

Проведення обстеження органів малого тазу допоможе виключити наявність утворень та аномалій статевого тракту, що перешкоджають відтоку менструальної крові. Беручи до уваги, що пацієнтки з ускладненим відтоком менструальної крові (наприклад, з атрезією гімена або поперечною піхвою перегородкою) можуть демонструвати циклічний біль, у них також буде первинна аменорея і часто визначаються утворення в малому тазу.

За можливості потрібно провести зондування піхви за допомогою м'якого зонда для визначення її довжини, якщо виконання бімануального дослідження і дослідження в дзеркалах неможливі. Ректоабдомінальне дослідження дозволяє виявити наявність новоутворень у малому тазу.

Співіснування ендометріозу та ускладненого відтоку менструальної крові, як вважається, має частково сприяти ретроградній менструації, хірургічне втручання в таких випадках має бути спрямоване тільки на видалення перешкод і полегшення відтоку менструальної крові, що може сприяти усуненню всіх симптомів ендометріозу.

Принципи та методи діагностики ендометріозу у підлітків відповідають вищевикладеним у дорослих жінок. Для сексуально активних дівчат більш старшого віку фізикальне обстеження важливо також з метою виключення інших при-

чин болю, таких як запальний процес органів малого тазу, кісти яєчників і ускладнення вагітності.

У цій віковій групі результати фізичного огляду часто бувають нормальними навіть за наявності ендометріозу.

Ендометріоз у підлітків часто характеризується початковою стадією та атиповими проявами. При проведенні лапароскопії виявляються атипові ендометріюїдні ураження у вигляді світлих бульбашок і вогнищ червоного кольору.

Наявність ущільнень в області матково-крижових зв'язок, утворень у придатках матки і фіксована в ретрофлексії матка вкрай рідко зустрічаються у підлітків з ендометріозом, оскільки захворювання в переважній кількості випадків знаходиться на стадії I або II за класифікацією ASRM.

Глибокі інфільтративні форми ендометріозу не характерні для підлітків, але все ж можуть зрідка зустрічатися. Ректовагінальні, утеровезікальні форми ендометріозу, з проростанням всієї товщі кишечника і сечоводу також були діагностовані в цій віковій групі, хоча середній вік у таких випадках складав близько 19 років.

### *Лікування*

Для дівчат-підлітків з ендометріозом консервативне лікування із застосуванням гестагенів є терапією першого вибору.

Лапароскопія, якщо вона показана, повинна виконуватися досвідченими хірургами, яким необхідно знати про те, що у юних пацієнток частіше виявляються атипові ендометріюїдні ураження у вигляді світлих бульбашок, вогнищ червоного кольору і менша кількість класичних пошкоджень кольору «порохового опіку» і включає їх видалення або абляцію для купірування болю.



Лапароскопія може підтвердити діагноз перед початком консервативної терапії у підлітків з тяжким генералізованим тазовим болем, незважаючи на медикаментозне лікування.

## **Розділ V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу**

### **5.1. Первинна медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-терапевт дільничний, лікар-педіатр дільничний, середній медичний персонал.

#### **Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не впливає на порядок призначення):

1. Гормони статевих залоз та лікарські засоби, що застосовуються при патології статевої системи: Дієногест, Левоноргестрел, **Медроксі**прогестерон, Норетистерон, Ципротерон.

2. Лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп для знеболення: Ібупрофен, Парацетамол.

### **5.2. Вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікар-акушер-гінеколог, лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку, лікар-гінеколог-онколог, лікар-терапевт, лікар-педіатр, лікар-анестезіолог, лікар-анестезіолог дитячий; лікарі інших спеціальностей за необхідності; медичний психолог; акушерка; медична сестра; сестра медична – анестезист; санітарка.

## **Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (порядок розташування не впливає на порядок призначення):

1. Гормони статевих залоз та лікарські засоби, що застосовуються при патології статевої системи: Дісногест, Левоноргестрел, **Медрокси**прогестерон, Норетистерон, Ципротерон.

2. Лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп для знеболення: Ібупрофен, Парацетамол.

## **Додаток до УКПМД**

### **ПАМ'ЯТКА**

#### **для пацієнок з генітальним ендометріозом**

#### **Що таке ендометріоз?**

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням тканини внутрішнього шару матки за межами її порожнини. Залежно від розповсюдженості процесу виділяють генітальний ендометріоз (пошкоджуються матка, додатки, зовнішні статеві органи, піхва, очеревина) та екстрагенітальний ендометріоз (пошкоджуються сечовивідні шляхи, кишечник, післяопераційні рубці та інші віддалені органи).

Найчастішими клінічними ознаками ендометріозу є біль, пов'язаний з менструальним циклом (з'являється перед та посилюється під час менструації), мажучі виділення зі статевих шляхів коричневого кольору перед місячними та після них, безпліддя.

У разі виникнення підозри на ендометріоз, коли тазовий біль впливає на щоденну активність (навчання, робота), це вимагає консультації лікаря і призначення терапії.

## Що впливає на виникнення ендометріозу?

Основними факторами ризику розвитку ендометріозу є: тривалий стрес, гіподинамія, хронічні інфекції статевих шляхів, переривання небажаної вагітності, одноманітне нездорове харчування, позбавлене природних антиоксидантів, поганий екологічний стан навколишнього середовища.

## Надання медичної допомоги

Ваш сімейний лікар запитатиме про ступінь тяжкості Вашої проблеми, як довго вона триває, уточнить локалізацію, інтенсивність та характер болю, а також фактори, які викликають/посилюють біль або, навпаки, нівелюють його. Характеристики болю можуть підказати можливу етіологію або наявність супутніх захворювань. Лікар з'ясує Ваш репродуктивний статус, кількість пологів, абортів та можливі їхні ускладнення, перенесені оперативні втручання, а також вид попереднього лікування ендометріозу, наявність безпліддя.

Підозра щодо ендометріозу виникає за наявності вираженого больового синдрому, пов'язаного з менструальним циклом (з'являється перед і посилюється під час менструації), диспареунії (біль під час статевого акту), безпліддя, міжменструальних кров'янистих виділень, аномальних маткових кровотеч, дизурії та дисхезії (порушення дефекації), пов'язаних з менструальним циклом. Для встановлення остаточного діагнозу Ви повинні бути направлені до лікаря акушера-гінеколога.

Інформація, яку Ви отримаєте від сімейного лікаря, має включати відомості про можливі переваги та ризики різних методів лікування ендометріозу. Ви можете поставити своєму лікарю будь-які запитання щодо Вашого стану та методів лікування, Ви завжди можете передумати, якщо Ваш стан або обставини змінюються. Лікар підтримає Ваш вибір там,

де це можливо. Ви можете додатково проконсультуватись у іншого лікаря, якщо Ваші погляди відрізняються від точки зору Вашого лікаря.

### **Як діагностується ендометріоз?**

З метою встановлення діагнозу призначаються різні дослідження. Наприклад, загальний аналіз крові дасть можливість судити про те, чи є у Вас анемія, гінекологічний огляд дасть можливість виключити наявність ознак інфекцій, що передаються статевим шляхом, наявність деформацій та ознак запалення малого тазу.

Крім того, лікар призначає ультразвукове обстеження (трансабдомінально та трансвагінально), ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія), інші необхідні інструментальні методи обстеження (наприклад МРТ), які дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень.

### **Як лікується ендометріоз?**

Ендометріоз є хронічним захворюванням, яке потребує тривалого лікування згідно з планом, розробленим Вашим лікуючим лікарем, з максимальним використанням медикаментозної терапії для запобігання повторним хірургічним втручанням. Терапія має тривати до менопаузи або поки не настане вагітність, якщо вона бажана.

Вибір методу лікування ендометріозу залежить від конкретної клінічної ситуації: Вашого віку, планування вагітності в майбутньому, наявності супутньої патології, стадії захворювання, попереднього лікування, інших факторів (безпліддя) та наявності протипоказань.

Для лікування ендометріозу застосовуються медикаментозні (негормональні і гормональні лікарські засоби) та хі-

рургічні методи лікування. Лікування буде вибиратись під Ваші особисті потреби і вподобання. У Вас є право бути повністю проінформованою і приймати спільне з Вашим лікарем рішення щодо лікування.

В якості медикаментозної терапії першої лінії призначаються лікарські засоби: гестагени, комбіновані оральні контрацептиви (КОК), нестероїдні протизапальні засоби (НПЗ), внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС).

Лікар обговорить з Вами переваги та ризики кожного методу. У разі, якщо перший метод лікування Вам не підходить або відсутня його ефективність, це є причиною спробувати інший метод лікування. Деякі методи лікування здатні **полегшити ступінь Ваших скарг**, інші – здатні повністю усунути їх. Ви повинні обговорити всі можливі сценарії з Вашим лікарем і прийняти зважене рішення.

Лікар-спеціаліст може запропонувати Вам оперативне втручання. Вибір на користь того чи іншого методу хірургічного лікування ґрунтується на багатьох факторах. Є цілий ряд різних операцій, які можуть допомогти. Деякі методи оперативного втручання впливають на здатність народжувати. Лікар обговорить з Вами всі переваги та ризики кожного з методів.

У Вас буде достатньо часу для прийняття зваженого рішення щодо вибору методу лікування, враховуючи рекомендації Вашого лікаря, його досвід, рекомендації інших спеціалістів.

У деяких пацієнток можуть з'явитись побічні реакції на прийом лікарських засобів (перелік побічних реакцій наводиться в Інструкціях для медичного застосування лікарського засобу). Якщо у Вас з'явилися такі реакції – поінформуйте про це Вашого лікуючого лікаря та заповніть «Карту повідомлення для надання пацієнтом та/або його представ-

ником, організаціями, які представляють інтереси пацієнтів, інформації про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу при його медичному застосуванні», що затверджена наказом МОЗ України від 27 грудня 2006 року; електронну версію карти можна заповнити на сайті Державного реєстру лікарських засобів України <http://www.drlz.kiev.ua>.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів (дивись інструкції для медичного застосування лікарського засобу). До завершення курсу лікування потрібно зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

### **Питання, які ви можете обговорити з лікарем-спеціалістом**

1. Будь ласка, надайте мені більш детальну інформацію про методи обстеження, які потрібні в моєму випадку.
2. Як довго триватиме діагностика?
3. В чому переваги та недоліки запропонованого мені методу лікування?
4. Який вплив буде мати обраний метод на симптоми захворювання та моє повсякденне життя?
5. На яке покращення мого стану я можу очікувати?
6. Як швидко мають статися зміни в моєму стані?
7. Які ризики обраного методу лікування?
8. Які існують альтернативні варіанти лікування і наскільки вони доступні?
9. Чи існують публікації щодо обраного методу лікування, з якими я можу ознайомитись?

## Частина III

# МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

### 1. Контрольні запитання

1. Що потрібно розуміти під терміном «ендометріоз»?
2. Які стадії розповсюдження процесу виділяють при аденоміозі?
3. Назвіть основні локалізації перитонеального та екстраперитонеального ендометріозу.
4. Який вигляд макроскопічно мають вогнища ендометріозу?
5. Що являє собою ендометріоз при мікроскопічному дослідженні?
6. Яке місце займає ендометріоз серед інших гінекологічних захворювань?
7. Назвіть основні теорії етіології ендометріозу.
8. Які гормональні порушення лежать в основі патогенезу ендометріозу?
9. Назвіть основні симптоми, які спостерігаються при ендометріозі.
10. Які симптоми найбільш характерні для аденоміозу?
11. Назвіть додаткові методи діагностики аденоміозу.
12. Охарактеризуйте прояви ендометріозу піхвової частини шийки матки та методи діагностики.
13. Яке морфологічне утворення характерне для ендометріозу яєчників?
14. Назвіть методи діагностики ендометріозу яєчників.
15. Чим характеризується ретроцервікальний ендометріоз та ендометріоз очеревини матково-кишкового заглиблення? Як діагностуються ці форми ендометріозу?

16. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику генітального ендометріозу?
17. Назвіть основні параметри, від яких залежить вибір тактики лікування генітального ендометріозу.
18. В чому полягає вплив гормональних препаратів на вогнища ендометріозу?
19. Назвіть препарати з групи комбінованих оральних контрацептивів для лікування генітального ендометріозу.
20. За якою схемою для лікування генітального ендометріозу застосовується даназол?
21. Які ви знаєте препарати з групи агоністів гонадотропін-рилізінг-гормонів та за якими схемами вони застосовуються?
22. Перерахуйте негормональні засоби, які доцільно призначати для лікування генітального ендометріозу.
23. Як визначити ефективність консервативної терапії генітального ендометріозу?
24. Назвіть основні показання для хірургічного лікування генітального ендометріозу.
25. Яким має бути обсяг хірургічного втручання залежно від локалізації ендометріїдних гетеротопій?
26. Які заходи потрібно застосовувати для профілактики генітального ендометріозу?

## **2. Ситуаційні задачі**

**1.** На консультативний прийом направлено хвору зі скаргами на дисменорею, диспареунію, ректальний біль, передменструальні мажучі кров'яні виділення, біль у спині. При гінекологічному дослідженні виявлено, що тіло матки дещо



збільшене, щільне, обмежено рухливе. При діагностичній лапароскопії виявлені синюшно-чорні утворення на очеревині крижово-маткових зв'язок.

1. Поставте діагноз
2. Визначте лікувальну тактику

2. Хвора 45-ти років скаржиться на рясні виділення і біль під час менструації, мажучі кров'яні виділення зі статевих органів до і після менструації. Вважає себе хворою протягом двох років. За медичною допомогою не зверталась. В анамнезі: одні термінові пологи, три медичні аборти. Останній аборт, виконаний два роки тому, ускладнився гематометрою, яку було видалено. Було проведено контрольне вишкрібання порожнини матки, після чого розвинувся ендометрит.

Об'єктивно: шкіра блідо-рожева, ЧСС – 72 за одну хв., АТ – 125/80 мм рт. ст., рівень гемоглобіну периферійної крові – 100 г/л. Під час гінекологічного дослідження: зовнішні статеві органи і піхва без особливостей, шийка матки циліндричної форми, не ерозована, виділення слизуваті, світлі. Матка в ретрофлексії, збільшена до 7–8 тижнів умовної вагітності, щільна, обмежено рухома. Придатки з обох сторін не визначаються, приматкова клітковина вільна.

1. Найімовірніший діагноз:
  - а) дисфункція яєчників перименопаузального періоду;
  - б) лейоміома матки;
  - в) рак ендометрія;
  - г) внутрішній ендометріоз (аденоміоз) тіла матки.

2. Які методи дослідження потрібно застосувати для проведення диференційної діагностики?

3. Хвора 44-х років надійшла до стаціонару зі скаргами на сильний біль унизу живота та крижовій ділянці. Напередодні та під час менструацій біль різко посилюється, частішають дефекація і сечовипускання, з'являються загальна слабкість, підвищена нервозність. Менструації з 14 років по 3–4 дні через 26–27 днів, болючі. В анамнезі – одна вагітність, яка завершилась штучним її перериванням.

1. Ваш попередній діагноз.
2. Визначити лікувальну тактику.

4. Хвора 29-ти років скаржиться на темно-кров'яні виділення зі статевих органів до і після менструації. При гінекологічному дослідженні виявлено: на шийці матки – дрібні кістозні багряно-синюшні утворення, з яких виділяється темна кров. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко закрито. Тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Придатки не визначаються.

1. Поставте діагноз.
2. Які методи дослідження необхідно застосувати для його верифікації?

#### **Відповіді на ситуаційні задачі:**

1. 1. Ретроцервікальний ендометріоз.  
2. Виконання лікувальної лапароскопії.
2. 1. – г)  
2. УЗД, фракційне вишкрібання порожнини матки, гістеросальпінгографія, визначення онкомаркерів.
3. 1. Поєднана форма генітального ендометріозу.  
2. Виконання діагностично-лікувальної лапароскопії.
4. 1. Ендометріоз піхвової частини шийки матки.  
2. Кольпоскопія, прицільна біопсія.

### 3. Тестові завдання

1. Генітальний ендометріоз – це:
  - А. Розростання ендометріюїдної тканини за межами звичайної локалізації ендометрія
  - В. Розлад, що виникає на тлі гормональних та імунних порушень
  - С. Патологія, яку переважно діагностують у жінок репродуктивного віку
  - Д. Патологічний процес, схильний до прогресування і рецидування
  - Е. Усе перераховане вище
  
2. Найінформативнішими методами діагностики внутрішнього ендометріозу є:
  - А. УЗД
  - В. МРТ
  - С. Визначення рівня пухлинного маркера СА-125
  - Д. Лапароскопія
  - Е. Біопсія гетеротопій
  
3. До найпоширеніших симптомів внутрішнього ендометріозу (аденоміозу) відносять:
  - А. Відсутність симптомів
  - В. Альгодисменорею
  - С. Гіпер- чи поліменорею
  - Д. Біль у поперековій ділянці
  - Е. Циклічні кровотечі з прямої кишки
  
4. До зовнішнього генітального ендометріозу належать усі його локалізації, окрім:
  - А. Яєчників

- В.** Тіла матки
  - С.** Піхвової частини матки
  - Д.** Позаматкового простору
  - Е.** Тазової очеревини
- 5.** Основний клінічний симптом ендометріозу цервікального каналу – це:
- А.** Альгодисменорея
  - В.** Менометрорагія
  - С.** Перед- і постменструальні кров'яні виділення
  - Д.** Безплідність
  - Е.** Нічого з перерахованого
- 6.** Хвора госпіталізована зі скаргами на періодичні болі внизу живота, які посилюються під час менструацій, слабкість, нездужання, нервозність, незначні темні кров'яні виділення з піхви напередодні та після менструації. При бімануальному дослідженні: тіло матки збільшене, придатки не визначаються, у задньому склепінні – нерівна поверхня. При лапароскопії: «синюшні вічка» на яєчниках, очеревині матково-прямокишкового поглиблення та параректальній клітковині. Який найбільш імовірний діагноз?
- А.** Хронічний сальпінгіт
  - В.** Полікістоз яєчників
  - С.** Поширена форма ендометріозу
  - Д.** Туберкульоз статевих органів
  - Е.** Кістоми яєчників
- 7.** Хвора 29-ти років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на болі внизу живота, незначні кров'яністі виділення до та після менструації протягом 5 днів. Захворювання пов'язує з перенесеним абортom 2 роки тому.

Протизапальне лікування ефекту не дало. При бімануальному дослідженні: матка збільшена, щільна, болюча. При гістероскопії в ділянці дна матки видно темно-червоні отвори, з яких виділяється темна кров. Який діагноз відповідає цій клінічній картині?

- A.** Аденоміоз
- B.** Поліменорея
- C.** Гіперменорея
- D.** Субмукозний міоматозний вузол
- E.** Аномальна маткова кровотеча

**8.** У жінки 28-ми років у період менструації виникає біль унизу живота розпираючого характеру, «шоколадні» виділення з піхви. В анамнезі – хронічний аднексит. При бімануальному обстеженні: ліворуч від матки визначається пухлиноподібне утворення розмірами 7х7 см нерівномірної консистенції, болюче при зміщенні, обмежено рухоме. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A.** Фолікулярна кіста лівого яєчника
- B.** Ендоетріодна кіста лівого яєчника
- C.** Лейоміоматозний вузол
- D.** Загострення хронічного аднекситу
- E.** Пухлина сигмоподібної кишки

**9.** Жінка 36-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на рясні болючі менструації, мажучі шоколадного кольору виділення з піхви до та після менструації. В анамнезі 4 аборти. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи, шийка матки та піхва не змінені, матка в ретрофлексії, розмірами 9х7х8 см, обмежено рухома. Придатки не змінені, склепіння піхви вільні. Який діагноз?

- A.** Аномальна маткова кровотеча

- В.** Лейоміома матки
  - С.** Рак ендометрія
  - Д.** Аденоміоз
  - Е.** Хронічний ендометрит
- 10.** У жінки 42-х років протягом останніх 10 років менструації були за типом гіперполіменореї та прогресуючої альгодисменореї. Гінекологічне дослідження: шийка не змінена, виділення помірні, шоколадного кольору; матка трохи збільшена, болюча, придатки не пальпуються, склепіння глибокі, безболісні. Який найбільш імовірний діагноз?
- А.** Рак матки
  - В.** Ендометріоз матки (аденоміоз)
  - С.** Субсерозна лейоміома матки
  - Д.** Ендоміометрит
  - Е.** Ендометріоз придатків
- 11.** Хвора скаржиться на біль унизу живота, який посилюється під час місячних і статевих контактів та іррадіює в піхву. З анамнезу: 2 роки тому була підозра на ендометріоз. Під час гінекологічного дослідження – позаду матки виявляються щільні, вузлуваті, болючі утворення. Який найбільш вірогідний діагноз?
- А.** Периметрит
  - В.** Аденоміоз
  - С.** Ретроцервікальний ендометріоз
  - Д.** Хронічне запалення придатків матки
  - Е.** Параметрит
- 12.** Хвора 32-х років скаржиться на тягнучий біль унизу живота, особливо перед і під час місячних, мажучі коричневі

неві виділення перед менструацією. При бімануальному обстеженні: матка збільшена в розмірі, болюча при зміщенні, щільної консистенції.

Придатки з обох сторін без змін. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Рак матки
- B. Міома матки
- C. Метроендометрит
- D. Аденоміоз
- E. Позаматкова вагітність

13. Пацієнтка 32-х років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. П'ять років тому перша вагітність закінчилася штучним абортom. За даними гінекологічного дослідження та УЗД встановлено діагноз: ендометріоїдна кіста правого яєчника. Який найбільш оптимальний метод лікування?

- A. Протизапальна терапія
- B. Оперативна лапароскопія
- C. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- D. Гормональна терапія чоловічими статевими гормонами
- E. Санаторно-курортне лікування

#### Відповіді на тестові завдання

1 E, 2 D, 3 C, 4 B, 5 C, 6 C, 7 A, 8 B, 9 D, 10 B,  
11 C, 12 D, 13 B

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### Базова

1. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : нац. підруч. для студ. вищ. навч. закл. IV рівня акредитації / В. М. Запорожан [та ін.]. – К. : ВСВ «Медицина», 2014.
2. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза : монография / В. П. Баскаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л. : Медицина, 1990. – 238 с.
3. Гінекологія : підручник / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцківський [та ін.] ; за ред.: В. І. Грищенко, М. О. Щербини. – К. : Медицина, 2007. – 359 с.
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при генітальному ендометріозі : Наказ МОЗ України від 06.04.2016 № 319 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20160406\\_0319.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160406_0319.html)

### Додаткова

1. Адамян Л. В. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение : пособие для врачей / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева. – М., 2001. – 37 с.
2. Адамян Л. В. Эндометриозы: руководство для врачей : учебное пособие / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 1998. – 320 с.
3. Венцківська І. Б. Диференційний підхід до лікування аденоміозу у жінок репродуктивного віку / І. Б. Венцківська, Л. П. Кузьмук // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2011. – С. 74–77.



4. Вовк І. Б. Зміни гормонального статусу у жінок з генітальним ендометріозом в динаміці лікування / І. Б. Вовк, З. Б. Хомінська, О. В. Трохимович // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2011. – С. 100–104.
5. Воробій В. Д. Репродуктивне здоров'я жінок із генітальним ендометріозом / В. Д. Воробій // Здоровье женщины. – 2011. – № 6. – С. 161–162.
6. Гинекология : Национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. – М., 2007. – 1072 с.
7. Гинекология : учебник для вузов / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. – 3-е изд., испр. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 430 с.
8. Дамиров М. М. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин / М. М. Дамиров. – М. : Изд-во БИНОМ, 2010. – 191 с.
9. Діагностика і лікування ендометріозу. Керівництво Королівського коледжу акушерства і гінекології Великобританії // Жіночий лікар. – 2011. – № 5. – С. 32–42.
10. Дубоссарская З. М. Психоэмоциональная характеристика больных с «хронической тазовой болью» при различных гинекологических заболеваниях / З. М. Дубоссарская, Л. П. Грек // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2011. – С. 294–297.
11. Запорожан В. М. Експресія рецепторів естрогенів і прогестерону при ендометріозі: клініко-прогностичне значення / В. М. Запорожан, Н. М. Рожковська, К. П. Кротенко // Репродуктивная эндокринология. – 2001. – № 1. – С. 8–9.

12. Ищенко А. И. Эндометриоз: современные аспекты / А. И. Ищенко, Е. А. Кудрина. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 176 с.
13. Калюжка Л. М. Сучасний погляд на принципи діагностики та лікування ендометріозу / Л. М. Калюжка // Жіночий лікар. – 2006. – № 4. – С. 29–33.
14. Коханевич Є. В. Генітальний ендометріоз: діагностика і лікування / Є. В. Коханевич, Я. О. Гончарова // Український медичний часопис. – 2003. – № 5 (37). – С. 102–108.
15. Endometriosis : Diagnosis and Management. Clinical Practice Guideline of the Clinical Practice Gynaecology Committee and reviewed and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists (SOGC) of Canada, 2010.
16. Haney A. F. Endometriozis, macrophages and adhesions / A. F. Haney // Prog. Clin. Biol. Res. – 1993. – Vol. 381. – P. 19–44.
17. Lu P. Y. Endometriosis: current management / P. Y. Lu, S. J. Ory // Mayo Clinic Proc. – 1995. – Vol. 70. – P. 453–463.
18. Management of women with endometriosis : Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), 2013.
19. Olive David L. Агонисты гонадотропин релизинг-гормонов в лечении эндометриоза / David L. Olive // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3. – С. 46–49.

## Інформаційні ресурси

1. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс] : Інформаційний фонд / МОЗ України, Департамент фармацевтичної діяльності, ДП «Державний експертний центр МОЗ України». – Режим доступу : <http://www.drlz.kiev.ua>
2. Міністерство охорони здоров'я [Електронний ресурс] : офіц. сайт. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>
3. Реєстр медико-технологічних документів [Електронний ресурс] : офіц. сайт / ДП «Державний експертний центр МОЗ України». – Режим доступу : <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Залізняка В.О.

## Нові погляди на тактику ведення пацієнток з генітальним ендометріозом

*Навчально-методичний посібник для самостійної роботи  
студентів V–VI курсів медичного факультету та лікарів-інтернів  
акушерів-гінекологів*

---

Підписано до друку 26.05.2017 р. Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Папір офсетний.  
Гарнітура «Times». Друк RISO. Обл.-вид. арк. 4,6. Ум. друк. арк. 5,8.  
Тираж 100 примірників.

Надруковано в ТОВ «ПУВК»,  
вул. Вербова, 26, м. Запоріжжя