

А. С. Жукович

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т. А. Смирнова

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

H. S. Zhukovich

TREATMENT OF ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Tutor: assistant professor T. A. Smirnova

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Статья содержит результаты анализа 45 историй болезни женщин репродуктивного возраста, которым была выполнена лапароскопическая операция по поводу эндометриоидных кист яичников. Проанализированы жалобы при поступлении пациенток в стационар, акушерско-гинекологический анамнез, сопутствующая генитальная и экстрагенитальная патология, объем проведенного хирургического лечения, размер кист, обнаруженных при лапароскопии. В результате выявлена необходимость расширения применения гормональной терапии и ограничения показаний для хирургического лечения эндометриоидных кист яичников у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: эндометриоидные кисты яичников, эндометриоз, цистэктомия, гормональная терапия, диеногест, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона.

Resume. Article contains the results of the analysis of 45 case histories of women of reproductive age who was operated on for ovarian endometrioid cysts. We analysed patient complaints on admission to hospital, obstetric and gynecological anamnesis, genital and extragenital pathology, the volume of surgical treatment, the size of cysts found in laparoscopy. As a result, the necessity to expand the use of hormonal therapy and to limit the indications for surgical treatment in women of reproductive age is established.

Keywords: ovarian endometrioid cysts, endometriosis, cystectomy, hormone therapy, dienogest, gonadotropin-releasing hormone agonists.

Актуальность. Эндометриоз – гормонозависимое заболевание, при котором наблюдается патологическое разрастание эндометрия за пределами его нормального расположения. Половина случаев данной патологии представлена поражением яичников. Наиболее частая форма - эндометриоидные кисты яичников. Клинически эндометриоидные кисты могут иметь как бессимптомное течение, так и проявляться болевым синдромом, нарушением репродуктивной функции вплоть до бесплодия. Современная тактика ведения женщин с эндометриоидными кистами репродуктивного возраста пересматривается в связи с частым послеоперационным рецидивированием и снижением овариального резерва у женщин репродуктивного возраста. Актуальны вопросы о первичном назначении гормональной терапии при малых эндометриоидных кистах (менее 3 см) с целью уменьшения размеров, купирования болевого синдрома, подготовки к хирургическому удалению кист и предупреждения рецидивирования. Хирургический метод как основной рекомендуется применять при кистах более 3 см, при их осложнённом течении и неэффективности гормональной терапии в течение 6

месяцев. [1, 2].

Цель: изучить клиническое течение эндометриоидных кист яичников и применяемую тактику лечения у женщин репродуктивного возраста.

Задачи:

1. Изучить клинические проявления эндометриоидных кист яичников у женщин репродуктивного возраста.

2. Оценить размеры, локализацию кист и эндометриоидных очагов, обнаруженных при лапароскопии.

3. Изучить гинекологический анамнез, сопутствующую генитальную и экстрагенитальную патологию.

4. Определить прерогативную тактику лечения эндометриоидных кист: хирургический метод или гормональная терапия.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни пациенток репродуктивного возраста, оперированных по поводу эндометриоидных кист яичников в УЗ «5-я ГКБ» г. Минска в 2017 году. Проведён анализ анамнестических данных, клинического течения эндометриоидных кист, лапароскопической картины и данных о применении гормональной терапии до и после оперативного вмешательства. Для решения поставленных задач использовалась учебная литература и современные научные публикации.

Результаты и их обсуждение. В группу исследуемых женщин вошли 45 пациенток, у которых была выполнена лапароскопическая операция по поводу эндометриоидной (-ых) кист. Во всех случаях диагноз эндометриоидной кисты был подтвержден морфологически.

Возраст женщин колебался от 18 до 44 лет и в среднем составил $32 \pm 1,2$ года. 69 % пациенток были в возрасте до 36 лет.

Причиной госпитализации в 40 % случаев явилось осложнённое течение эндометриоидной кисты в виде её разрыва. В плановом порядке для оперативного лечения поступили 60 % пациенток.

При анализе клинического течения у 53 % были выявлены жалобы, связанные с эндометриоидной кистой (таблица 1). Нарушение менструальной функции проявлялось в виде болезненности – 27%, нерегулярности – 18 %, обильности – 9 % (миома матки в сопутствующей патологии).

Табл. 1. Клинические проявления эндометриоидных кист

Нарушение менструальной функции	16	35,6 %
Тянущие боли	12	26,7 %
Диспареуния	3	6,7 %
Всего пациенток	24	53,3 %

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что лишь у 31,1 % женщин репродуктивного возраста были роды, а у 57 % - беременность отсутствовала, что может быть связано с наличием эндометриоидного процесса (таблица 2). Диагноз вторичное бесплодие выставлен 8,9 %, первичное бесплодие – 6,7 %.

Табл. 2. Акушерско-гинекологический анамнез пациенток

Роды в анамнезе	31,1 %
Беременность в анамнезе отсутствовала	57 %
Неразвивающаяся беременность	9 %
Внематочная беременность	7 %
Самопроизвольные выкидыши	2 %

Среди сопутствующей генитальной патологии наиболее часто встречалась миома матки – 31 % (таблица 3), среди экстрагенитальной – хронический гастрит – 18 % (таблица 4).

Табл. 3. Сопутствующая генитальная патология пациенток

Миома матки	31 %
Эрозия шейки матки	29 %
Хроническое воспаление органов половой системы	24,5 %
Кисты иной природы	11 %
Бесплодие вторичное	8,9 %
Бесплодие первичное	6,7 %
Всего пациенток	67 %

Табл. 4. Сопутствующая экстрагенитальная патология пациенток

Хронический гастрит	18 %
Анемия лёгкой степени	8,9 %
Гипотериоз	6,7 %
Всего пациенток	29 %

Оперативные вмешательства по поводу гинекологических заболеваний в анамнезе имели 31 % женщин (таблица 5). Для 22 % пациенток данная лапароскопическая операция стала повторной в связи с рецидивом.

Табл. 5. Ранее перенесенные оперативные вмешательства

Хирургическое удаление эндометриoidной кисты	22 %
Внематочная беременность (тубэктомия)	6,5 %
Консервативная миомэктомия	4,5 %
Реканализация маточных труб в связи с бесплодием	2,2 %
Всего пациенток	31 %

Хирургическое лечение было выполнено в следующем объёме: цистэктомия – 89 %, резекция яичников – 9 %, аднексэктомия – 2 %.

В ходе лапароскопии у 15 % пациенток была выявлена двусторонняя локализация эндометриoidных кист, в 57 % случаев размеры обеих кист менее 4 см. В группе пациенток, которым лапароскопия выполнена по экстренным показаниям, преобладал размер кист от 3 до 6 см, а в группе пациенток с выполненной плановой

лапароскопией – менее 3 см (таблица 6).

Табл. 6. Размеры кист, выявленных при лапароскопии

	Экстренная лапароскопия	Плановая лапароскопия	Всего
Менее 3 см (малые)	45 %	59 %	53 %
От 3 до 6 см	50 %	30 %	38 %
Более 6 см	5 %	11 %	9 %

У 45% пациенток была выявлена генерализация процесса в виде эндометриoidных очагов на брюшине, маточно-крестцовых связках – 29 %, яичниках – 16 %.

При анализе тактики лечения эндометриoidных кист до хирургического метода лечения было выявлено, что гормональную терапию принимали лишь 15 % пациенток, знавших о своем диагнозе до госпитализации (73 %). Гормональная терапия проводилась комбинированными оральными контрацептивами (Жанин, Клайра) и дюфастоном. В 85 % случаев на амбулаторном этапе была выбрана тактика выжидания.

Гормональная терапия в качестве противорецидивной послеоперационной терапии была рекомендована 86,7 % пациенток. Препаратами выбора стали диеногест (Визанна) – 77,8 %, дюфастон и комбинированный оральные контрацептив (Жанин).

Выводы:

1. Наиболее частые клинические проявления эндометриoidных кист - болевой синдром и нарушение менструальной функции - выявлены у 53 % женщин. Осложнение в виде разрыва кисты отмечено у 40 % пациенток. Диагноз бесплодие установлен у 15 % пациенток, в то время как беременность отсутствовала у 57 % женщин.

2. Из оперированных пациенток 50 % имели эндометриoidные кисты малых размеры (до 3-4 см). В 15 % случаев встретились кисты двусторонней локализации, в 57 % - обе имели малые размеры. У 45 % женщин обнаружен генерализованный эндометриoidный процесс с вовлечением брюшины и маточно-крестцовых связок.

3. Миома матки – наиболее частая сопутствующая генитальная патология – у 31 % пациенток. 22 % женщин оперированы повторно в связи с рецидивом. Гормональная терапия до оперативного вмешательства применялась лишь у 15 % пациенток.

4. Целесообразно снизить применение хирургического метода в лечении эндометриoidных кист и расширить - гормональной терапии в связи со снижением овариального резерва и частыми рецидивами у женщин после операции. Пациенток с малыми кистами (до 3-4 см) рекомендуется вести консервативным способом с учётом современных тенденций. Обязательно применение противорецидивной послеоперационной гормональной терапии. Препараты выбора – агонисты гонадотропин-рилизинг гормона и диеногест (Визанна).

Литература

1. Анненкова Е. И. Версии и контраверсии лечения пациенток с эндометриoidными кистами яичников и бесплодием / Е. И. Анненкова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. - 2018. - Т. 6. - №3. - С. 97-104.;

2. Елисеенко Л. Н., Дивакова Т. С. Влияние хирургического лечения эндометриом на функциональное состояние яичника / Л. Н. Елисеенко, Т. С. Дивакова // Охрана материнства и детства. - 2017. - №2. - С. 38-42.;

3. Тактика ведения женщин с эндометриоидными кистами яичников с использованием диеногеста/ М. А. Павловская, Л. В. Гутикова, Костяхин и др. // «Репродуктивное здоровье. Восточная Европа», 2017. - 7 (2). – С. 295-296.