

Жукович А. С.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

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

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Эндометриоз – гормонозависимое заболевание, при котором очаги эндометрия появляются вне матки. 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. Актуальны вопросы о первичном назначении гормональной терапии при малых эндометриоидных кистах (менее 3 см) с целью уменьшения размеров, при выраженном болевом синдроме, подготовке к хирургическому удалению кист и профилактике рецидивирования. Хирургический метод как основной рекомендуется применять при кистах больших размеров (более 3 см) и при их осложнённом течении.

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

Материалы и методы. Проведен ретроспективный статистический анализ 45 историй болезни женщин репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников, у которых было выполнено хирургическое лечение в УЗ «5-я ГКБ» г. Минска в 2017 году.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил $32 \pm 1,2$ г. Из 45 женщин 27 госпитализированы в плановом порядке, 18 – по экстренным показаниям в связи с разрывом эндометриоидных кист. В 90 % случаев выполнена цистэктомия, в 10 % - аднексэктомия, резекция яичников. В ходе операций были обнаружены кисты размером до 3 см, от 3 до 6 см и более 6 см в 50 %, 32 %, 28 % случаев соответственно. Выраженный спаечный процесс обнаружен у 65% пациенток, эндометриоидные очаги иной локализации – 40 %, гидросальпинкс – 6 %. При сборе анамнеза жалобы предъявили 67 % женщин, поступивших для планового оперативного вмешательства. Из них выраженный болевой синдром отметили 67 %, диспареунию - 16 %, болезненные и нерегулярные менструации – 27 %. Сопутствующая генитальная патология выявлена у 73 % пациенток: миома матки – 43 %, хронический кольпит, цервицит и сальпингит – 25 %, эрозия шейки матки – 29 %, аденомиоз – 11 %, вторичное бесплодие – 9 %. Единственные роды в анамнезе были у 25 %, двое - у 6,5 % пациенток. Беременность в анамнезе отсутствовала у 25 (56 %) женщин (возраст $28 \pm 1,5$ г.), из них трём выставлено первичное бесплодие. В структуре патологии беременности неразвивающаяся составила – 20 %, внематочная – 15 %, выкидыши – 5 %. Экстрагенитальная патология представлена анемией легкой степени – 9 %, гипотиреозом – 7 %. Оперативное вмешательство по поводу эндометриоидных кист явилось повторным для 23 % пациенток. Предшествующую гормональную терапию получали лишь 11 % пациенток в виде комбинированных оральных контрацептивов (Жанин) и дюфастона. После хирургического лечения Визанна рекомендована 65 % оперированных пациенток.

Выводы.

1. Половина случаев оперативных вмешательств по поводу эндометриоидных кист приходится на удаление кист малых размеров.
2. Бесплодие – частое осложнение эндометриоза яичников. При этом хирургическое лечение эндометриоидных кист приводит к снижению овариального резерва женщины.
3. Применение гормональной терапии у пациенток репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников целесообразно расширить. Женщин с кистами малых размеров рекомендуется вести консервативным способом с учётом современных тенденций. Препараты выбора – агонисты гонадотропин-релизинг гормонов и Визанна (диеногест).