

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ № 2



# ЕНДОМЕТРИОЗ ВНУТРІШНІЙ ТА ЗОВНІШНІЙ

Лекція для лікарів-інтернів акушерів-гінекологів III року навчання

Канд.мед.наук, доцент, Заслужений лікар України  
Добровольська Л.М.

# ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- Частота захворюваності ендометріозом.
- Ендометріоз, класифікація.
- Найчастіші локалізації ендометріозу у жінок.
- Гормональні методи діагностики при ендометриозі.
- Ендоскопічні методи дослідження при ендометриозі.
- Особливості УЗ-діагностики при ендометриозі.
- Лабораторні методи діагностики ендометріозу.
- Клініка і диференційна діагностика ендометріозу жіночих статевих органів.
- Гормональні методи лікування ендометриозу.
- Негормональні методи лікування ендометриозу.
- Хірургічні методи лікування ендометріозу.

# Ендометріоз: що відомо?

---

**Ендометріоз** – доброякісне гормонозалежне захворювання, що характеризується розростанням ендометріюїдної тканини (морфологічно і функціонально подібної до ендометрію) за межами матки, що викликає хронічну запальну реакцію.

- **Відсутність єдиної теорії етіології і патогенезу**
  - **Відсутність специфічних біомаркерів, мало- та неінвазивних методів діагностики.**
- 
- **Ризик рецидиву** після хірургічного лікування
  - **У 40-50%** випадків призводить до **безпліддя**

# Ендометріоз – хвороба від пубертатного періоду до постменопаузи

---



- Кожна **10-та** жінка репродуктивного віку (15-49 років) страждає на ендометріоз
- **50-60%** жінок і дівчаток-підлітків з тазовим болем (від менархе до пременопаузи) мають ендометріоз
- В постменопаузі на ендометріоз страждає **2-5%** жінок
- Генітальна форма ендометріозу є найбільш поширеною (92–94%), екстрагенітальна локалізація ендометріозу зустрічається в 6–8% випадків.

# Endometriosis and Risk of Coronary Heart Disease

Fan Mu, ScD; Janet Rich-Edwards, ScD; Eric B. Rimm, ScD;  
Donna Spiegelman, ScD; Stacey A. Missmer, ScD

*Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. 2016, 9:257-264*

Результати проспективного аналізу захворюваності 116,430 американських медсестер, які брали участь в загальнонаціональному проекті Nurses 'Health Study II (1989-2009 pp.):

**У жінок з ендометріозом спостерігався значно підвищений ризик:**

- інфаркту міокарда (BP: 1,52)
- ангіографічно підтвердженої стенокардії (BP: 1,91);
- ішемічної хвороби серця (IXC) (OP: 1,62);

**Причому він вищий у жінок молодше 40 років (BP: 3,08);**

- ~ 42% загального збільшення ризику розвитку IXC пояснювалося більш високою частотою гістеректомій / оофоректомій особливо у пацієнток, які перенесли операцію в більш молодому віці;
- **Першопочатково підвищений ризик розвитку IXC у пацієнток з ендометріозом може бути додатково посилений хірургічним лікуванням ендометріозу.**

# Теорії виникнення ендометриозу

- Метапластична теорія (мезотелій очеревини ендометриоїдну тканину під впливом різних факторів)

■ Дизонтогенетична теорія (розвиток ендометриоїдних вогнищ з аномальних ембріональних зачатків)

■ Транслокаційна (імплантаційна) теорія Sampson J.A. (ретроградна менструація)

- Гормональна дисфункція
- Імунологічна дисфункція
- Інфекційні враження
- Генетична предрасположенность
- Влияние факторов окружающей среды

# **Сучасна клінічна класифікація ендометріозу включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:**

- поверхневий перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- ендометріоми яєчників; (ЕЯ)
- глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ). (ESHRE)

Наказ МОЗ України від 06.04.2016 № 319.

# Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності, 2013)

|                                                             |             |             |                    |                           |                    |
|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| Ендометріоз                                                 |             |             | < 1 см             | 1-3 см                    | > 3 см             |
| Очеревина                                                   | Поверхневий |             | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             | Глибокий    |             | 2                  | 4                         | 6                  |
| Яєчники                                                     | Правий      | Поверхневий | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             |             | Глибокий    | 4                  | 16                        | 20                 |
|                                                             | Лівий       | Поверхневий | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             |             | Глибокий    | 4                  | 16                        | 20                 |
| Облітерація позаматкового простору часткова – 4; повна – 40 |             |             |                    |                           |                    |
| Спайки                                                      |             |             | покривають<br><1/3 | покривають<br>< 1/3 - 2/3 | покривають<br>>2/3 |
| Яєчники                                                     | Правий      | Ніжні       | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             |             | Щільні      | 4                  | 8                         | 16                 |
|                                                             | Лівий       | Ніжні       | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             |             | Щільні      | 4                  | 8                         | 16                 |
| Маткові<br>труби                                            | Права       | Ніжні       | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             |             | Щільні      | 4                  | 8                         | 16                 |
|                                                             | Ліва        | Ніжні       | 1                  | 2                         | 4                  |
|                                                             |             | Щільні      | 4                  | 8                         | 16                 |



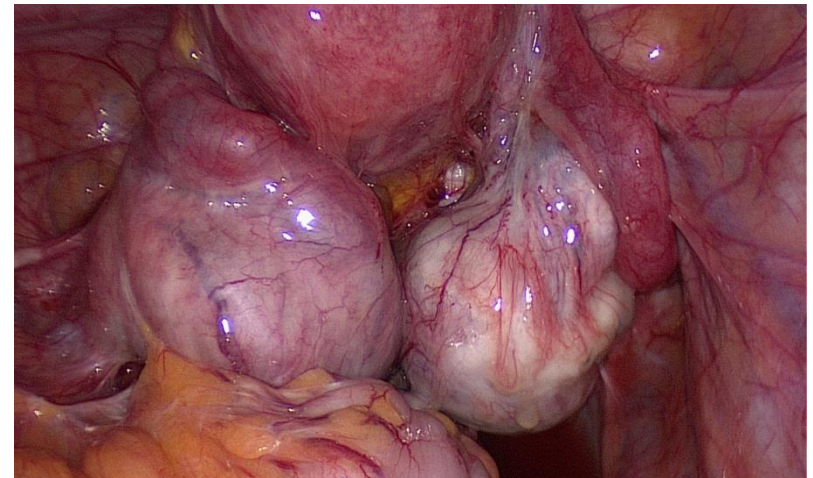
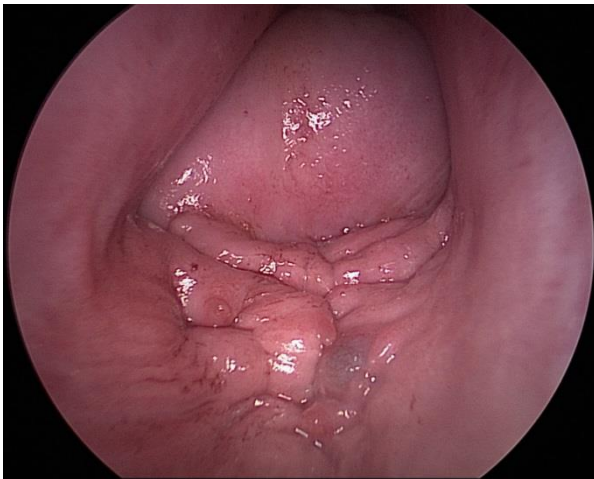
# Результати клінічного обстеження, які вказують на наявність і локалізацію ендометріозу

## *Можлива постановка діагнозу:*

- **Перитонеальний ендометріоз** – у жінок з підозрою на захворювання, навіть при нормальних результатах клінічного обстеження (Chapron et al., 2002)
- **Ендометріома яєчника** у жінок з новоутвореннями у придатках, виявленими під час клінічного обстеження (Eskenazi et al., 2001; Condous et al., 2007; Bazot et al., 2009)
- **Глибокий інфільтративний ендометріоз** у жінок з (болючим) ущільненням і / або вузлами на ректовагінальній стінці, виявленими під час клінічного обстеження або видимі вагінальні вузли у задній частині склепіння піхви (Bazot et al., 2009)

ESHRE Guideline 2013

Наказ МОЗ України 06.04.2016 № 319



# Клінічні симптоми ендометріозу

---

## Endometriosis: diagnosis and management

Published: 6 September 2017



*Про ендометріоз у жінок  
(в тому числі у підлітків) можна думати  
при наявності одного або більше симптомів:*

- Хронічний тазовий біль понад 6 місяців
- Альгоменореї
- Диспаріунія
- Циклічні болі у кишечнику
- Циклічні болі при сечовипусканні або гематурія
- Безпліддя в поєднанні із вказаними симптомами

# Необхідна розробка життєвого плану ведення пацієнтки з ендометріозом

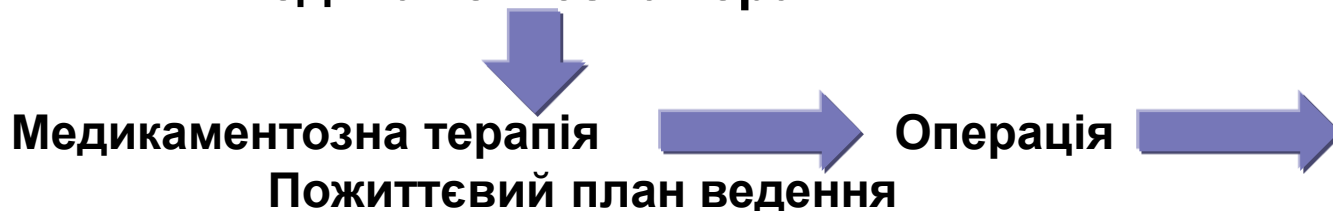
Ендометріоз потребує життєвого плану ведення пацієнтки, мета якого максимально використовувати можливості медикаментозної терапії і не допустити повторних оперативних втручань

При визначенні оптимального курсу лікування необхідно враховувати:

**індивідуальні потреби жінки**

- ступінь тяжкості симптомів, поширеність захворювання, вік, репродуктивні плани жінки, її ставлення до операції і профіль можливих побічних ефектів при застосуванні медикаментозної терапії

**Репродуктивні плани або неефективна  
медикаментозна терапія**



## **Наказ МОЗ України 06.04.2016 № 319**

- **УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ  
ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ  
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ  
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ**
- **ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З  
ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

# Чому необхідна рання діагностика ендометріозу?

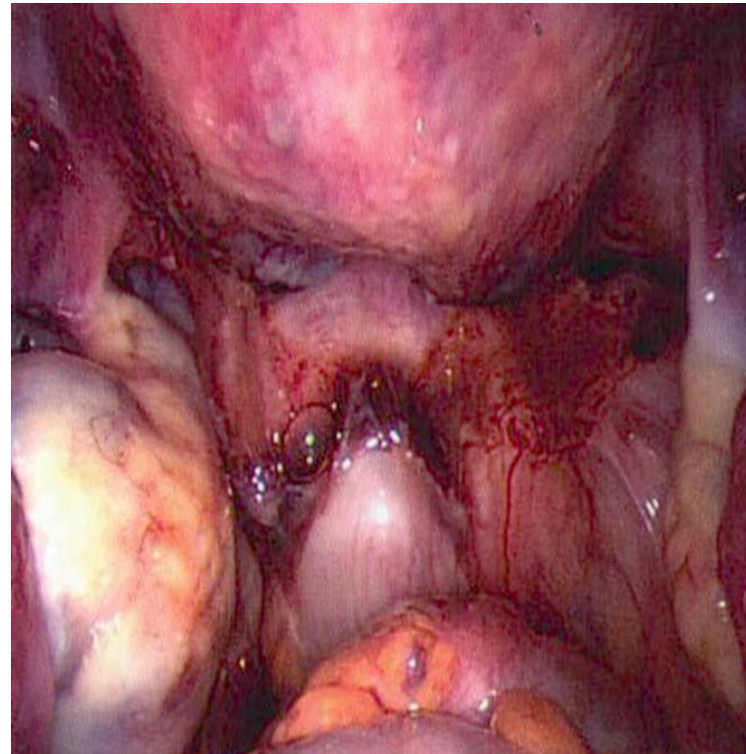
---

**Вплинути на перебіг захворювання:**

- знизити ризик хронічного болю
- знизити ризик появи симптомів, пов'язаних із болем

**Своєчасно призначити ефективну терапію**

**Пояснити жінці причину виникення болю та її профілактику:**  
**зменшити почуття ізоляції**





# Ендометріоз у підлітків

- **Ендометріоз** – найчастіша причина вторинної дисменореї у підлітків.
- При фізичному огляді підлітків із ендометріозом рідко виявляються будь-які відхилення, оскільки **у більшості з них захворювання знаходиться на ранній стадії**.
- **У 10% випадків дисменорея у підлітків є вторинною.**

Вторинна дисменорея повинна бути запідозрена у пацієток, які не відповідають на лікування препаратами першої лінії (НППЗ і КОК), що зазвичай застосовуються для терапії первинної дисменореї.

\*НППЗ- нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби, КОК – комбіновані оральні контрацептиви

Уніфікований клінічний протокол «Тактика ведення пацієток з генітальним ендометріозом», затверджений наказом МОЗ України № 319 від 06.04.2016



# Діагностика ендометріозу

*Зовнішній вигляд (копір шкіряного покриву).*

У разі *тяжкого перебігу* ендометріозу з неврологічними порушеннями або супутніми захворюваннями здійснюють посиндромне обстеження.

*Гінекологічне обстеження:*

- зовнішній огляд геніталій;
- огляд ділянки промежини на наявність ознак ІПСШ (виразок, кондилом, патологічних виділень);





# Діагностика ендометриозу

- огляд в дзеркалах стінок піхви та шийки матки на наявність **патологічних виділень або деформацій** (у разі виявлення ознак ІПСШ 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.





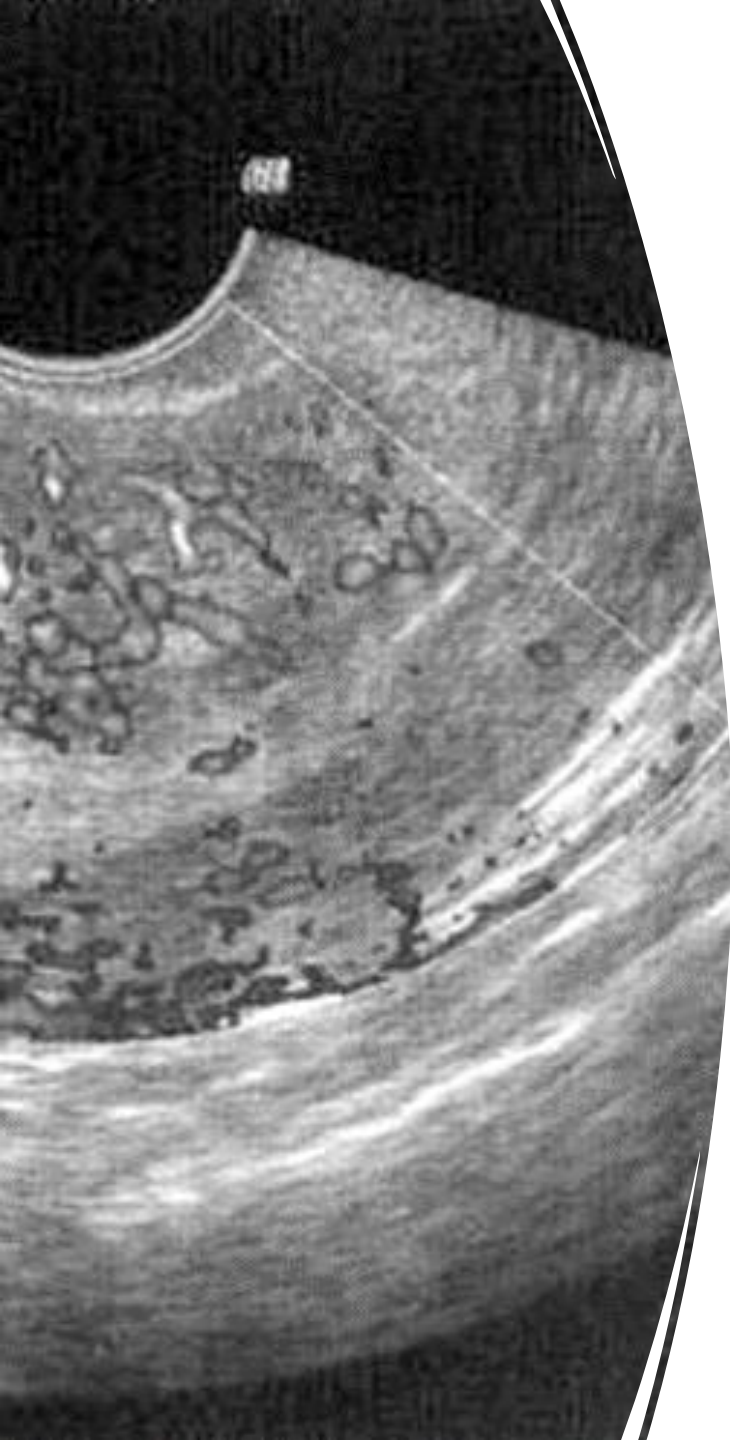
## Інструментальні методи діагностики ГЕ

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



## УЗД критерії (трансабдомінально та трансвагінально)

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



## УЗД критерії (трансабдомінально та трансвагінально)

---

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



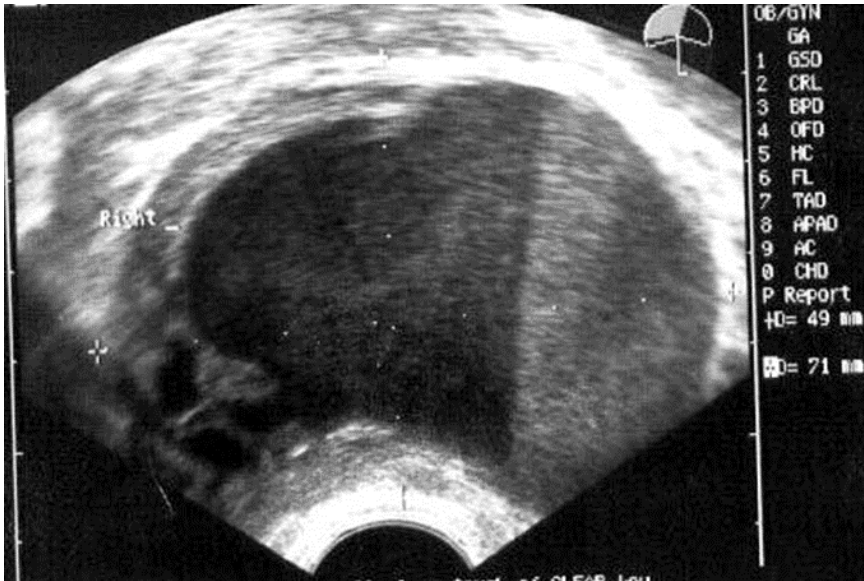
## Ехографічні ознаки вузлової форми ендометріозу тіла матки

---

- поява в стінці матки зони підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми;
- наявність в 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.

# УЗД ендометріюїдних кіст

---



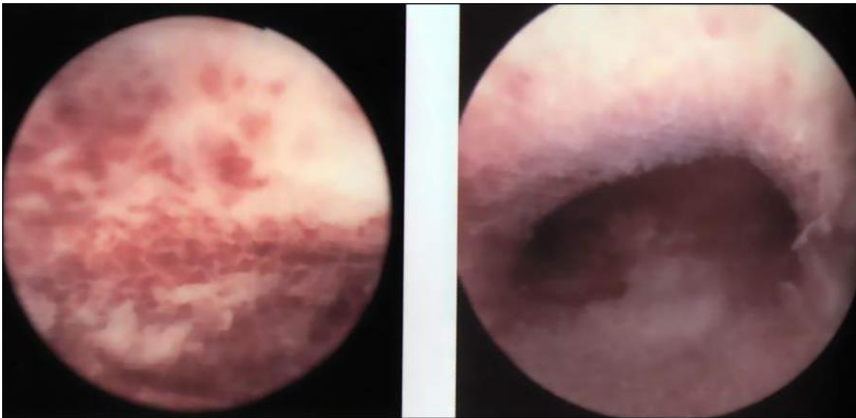
проводити диференційну  
діагностику з:

- гематомою яєчника,
- абсцесом,
- туберкульозом яєчника;
- дермоїдними кістами.



# Гістероскопія

---

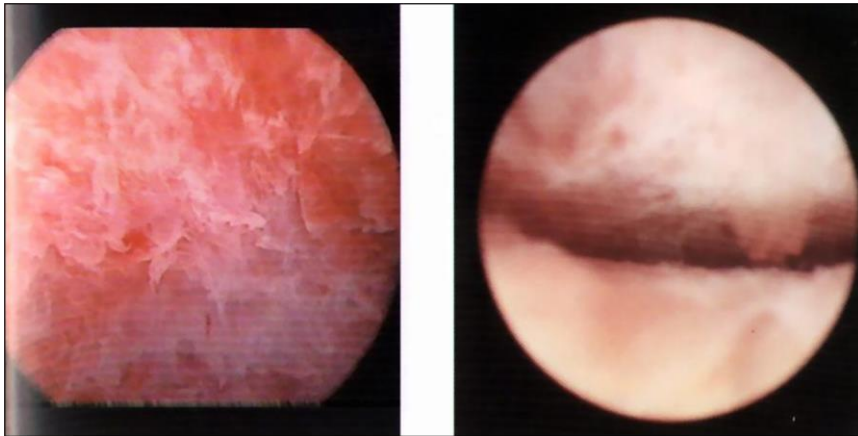


наявність вічок ендометріюїдних ходів у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової порожнини матки, з яких, в окремих випадках, виливається кров (при множинній локалізації вогнищ ГЕ ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників).

Дифдіагноз із травматичним враженням



# Гістероскопія в діагностиці вузлової форми аденоміозу



- змінюється рельєф слизової оболонки тіла матки;
- 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 малюнку



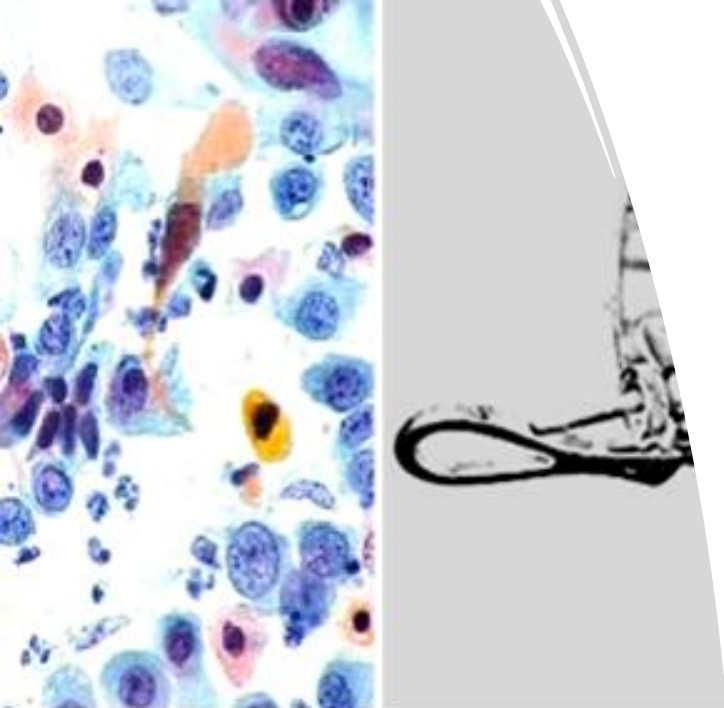
# Лапароскопія

---

Дає можливість:

- виявити ендометріоз,
- його локалізацію,
- ступінь розповсюдження,
- стан матки, маткових труб та яєчників,
- надає можливість виконати ендокоегуляцію ендометріюїдних гетеротопій, взяти біопсію і призначити адекватну терапію.

# Лабораторна діагностика



- 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 це не є інформативним, хоча рівень СА-125 у сироватці крові при помірних і тяжких формах ендометріозу може бути дещо підвищеним

# 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>Трубна вагітність<br>Запальне захворювання органів малого тазу |
| Загальні причини | М'язово-фасціальна біль<br>Невропатичний біль<br>Варикозна хвороба тазових вен<br>Спайковий процес                            |

# Які фактори необхідно враховувати при виборі тактики лікування ендометріозу?



# Медикаментозне лікування ендометріозу

---

## В якості терапії першої лінії

- При підозрі на ендометріоз доцільно розпочати емпіричне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії та/або гістології
- Після хірургічного лікування для запобігання рецидивам
- Якщо хірургічне лікування неможливе або пацієнтка від нього відмовляється

Лікування повинно проводитися відповідно до даних доказової медицини, з максимальним використанням медикаментозної терапії та униканням повторних хірургічних втручань





## Медикаментозне лікування ендометріозу

---

- Прогестини характеризуються доведеною ефективністю у зменшенні болю і пригніченні росту ендометріїдних вогнищ
- Прогестини можуть застосовуватися у будь-якому віці (від менархе до менопаузи)
- Дієногест схвалений для лікування ендометріозу та може бути кращою опцією, ніж КОК в якості терапії першої лінії
- Дієногест характеризується прийнятним профілем безпеки **(65 тижнів)**

# Застосування гормональної терапії (Положення Клінічного протоколу)

---

- При підозрі на ендометріоз доцільно почати емпіричне гормональне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії і / або гістології.
- Терапія повинна тривати **до віку менопаузи** або поки не настане вагітність, якщо вона бажана.
- Відповідно до міжнародних рекомендацій, застосування прогестинів, оральних контрацептивів, нестероїдних протизапальних засобів та інших анальгетиків слід розглядати в якості медикаментозної терапії **першої лінії**.



# Медикаментозне лікування ендометріозу

## КОК

- Пригнічення циклічної секреції ФСГ і ЛГ, що викликає ановуляцію, яка супроводжується децидуалізацією ендометріальної стромы.
- Недостатньо також даних і щодо можливого впливу естрогенного компонента в складі КОК на перебіг захворювання, оскільки існує припущення щодо потенційної стимуляції розвитку і прогресування захворювання під впливом екзогенних естрогенів.



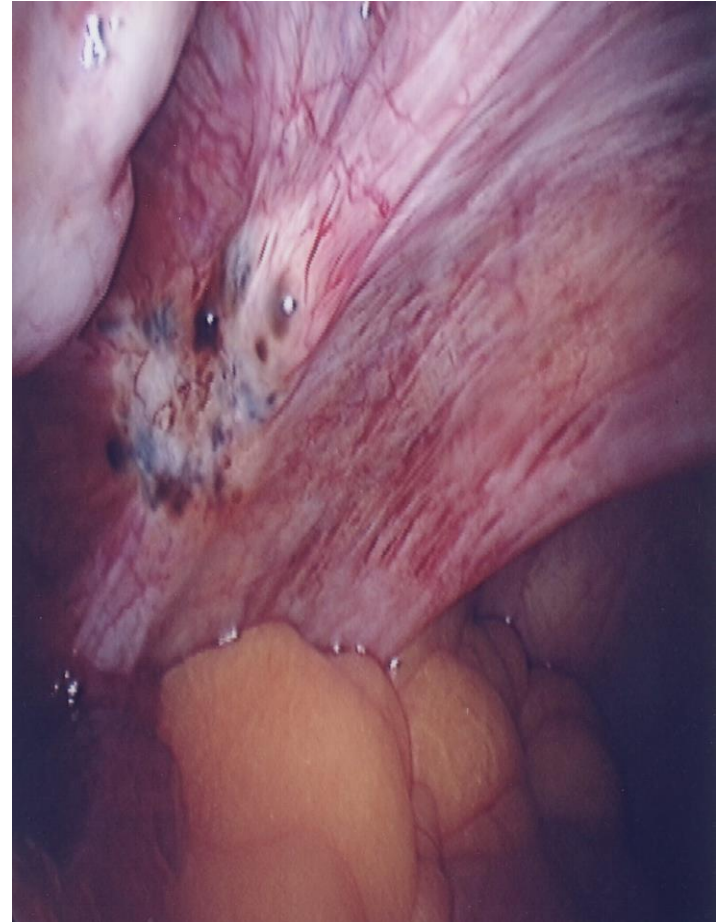
**КОК не мають зареєстрованих показань для лікування ендометріозу в більшості країн світу**

# Агоністи гонадотропін-рилізінг гормонів при ендометріозі



- Забезпечують тривале поліпшення об'єктивних та суб'єктивних симптомів ендометріозу
- Не підходять для тривалого лікування у зв'язку з розвитком побічних ефектів
- Немає статистично достовірних відмінностей в ефективності у порівнянні з даназолом або ЛНГ-ВМС

Хірургічне лікування  
може бути  
«консервативним»  
або  
«радикальним».



# Показання до проведення хірургічного лікування ендометріозу



Хірургічне лікування проводиться у випадках наявності клінічних симптомів за умови:

- наявність **протипоказань до медикаментозної** терапії і недостатньої її ефективності;
- при **зовнішніх формах** локалізації ендометріозу;
- наявності ПЕ із залученням кишечника, сечового міхура, сечоводу або тазових нервів за **умови тяжких ускладнень** (тяжкі ректальні кровотечі, обструкція, стеноз, глибоке залучення стінки кишки, порушення прохідності кишки, наявність великих або множинних вогнищ, гематурія, дизурія у випадках обструкції);
- при **гострих захворюваннях** придатків матки (перекрут кісти або розрив кісти яєчника);
- при прогресуванні **тазового больового** синдрому, незважаючи на адекватне медикаментозне лікування;
- при наявності **ендометріоми яєчника** з обов'язковим використанням методик, спрямованих **на збереження оваріального резерву**;
- при **неефективному консервативному** лікуванні безпліддя.

---

**Хірургічні методи дозволяють поточнити і підтвердити діагноз, видалити ендометріюїдні вогнища та роз'єднати злуки, відновити анатомію.**



A laparoscopic surgical view showing the internal organs, including the uterus and ovaries. The uterine surface is covered with numerous dark, reddish-brown lesions characteristic of endometriosis. The surrounding pelvic structures are visible in a reddish-pink hue.

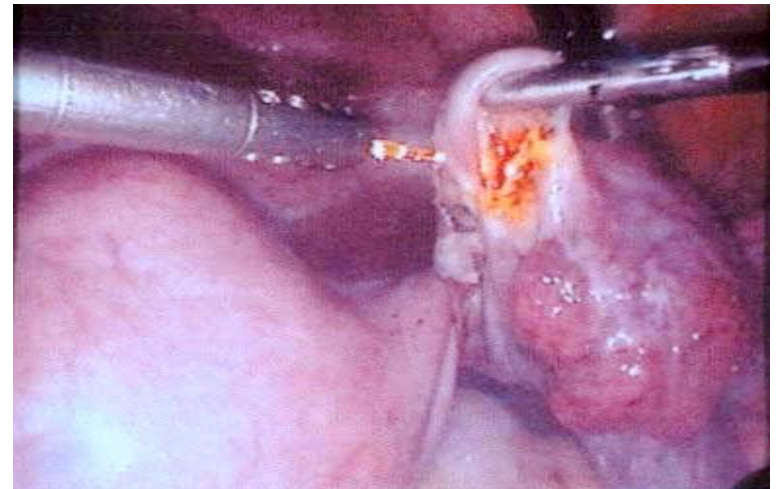
## Метою консервативного хірургічного лікування ендометріозу є відновлення нормальної анатомії та припинення болю

---

- пряму абляцію,
- лізис, висічення вогнищ ендометріозу,
- видалення ендометріом яєчників,
- односторонню аднексектомію (у випадку асиметричного ураження),
- резекцію,
- збривання (шейвінг) ендометріозних уражень суміжних органів (кишечника, сечового міхура, сечоводів, апендикса тощо).

# Радикальне хірургічне лікування включає

двобічну оваріоектомію з метою створення менопаузи або може включати гістеректомію з двобічною тубектомією, видалення всіх наявних уражень





**Менеджмент  
ендометріозу у  
жінок  
репродуктивного  
віку у  
післяопераційно  
му періоді**

# Хірургічне лікування рецидивуючих ендометріом небезпечне

- Повторна операція з приводу рецидивуючих ендометріом асоціюється з **підвищеною втратою тканини яєчника** і більшим зменшенням оваріального резерву, ніж при першій операції
- Повторні хірургічні процедури на яєчнику пов'язані з **ризиком порушення функції яєчників**

**Виключно  
хірургічний  
підхід не  
вирішує всі  
проблеми**

Згідно рекомендаціям експертів, з метою профілактики рецидивів необхідно застосовувати комбінований підхід: хірургічне лікування+гормональна терапія (не менше 6 місяців)

# Чому необхідна післяопераційна медикаментозна терапія ендометріозу?

Відсутність післяопераційної  
медикаментозної терапії



- 3 роки: 23% рецидивів
- 5 років: 50% рецидивів



## Висновки

- Зменшити затримку в постановці діагнозу
- Віддавати перевагу методам діагностики, які основані на клінічних симптомах
- Необхідна розробка довгострокового плану ведення пацієнтки, мета якого максимально використовувати можливості медикаментозної терапії і не допустити повторних оперативних втручань
- Раннє застосування ефективної медикаментозної терапії
- Індивідуалізація терапії, щоб досягти цілей, які ставить перед собою пацієнтка
- Дієногест має доведену ефективність у лікуванні ендометріозу та прийнятний профіль безпеки, що є важливим для тривалої терапії

# КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

- Частота захворюваності ендометріозом.
- Ендометріоз, класифікація.
- Найчастіші локалізації ендометріозу у жінок.
- Гормональні методи діагностики при ендометриозі.
- Ендоскопічні методи дослідження при ендометриозі.
- Особливості УЗ-діагностики при ендометриозі.
- Лабораторні методи діагностики ендометріозу.
- Клініка і диференційна діагностика ендометріозу жіночих статевих органів.
- Гормональні методи лікування ендометриозу.
- Негормональні методи лікування ендометриозу.
- Хірургічні методи лікування ендометріозу.

# Джерела літератури

1. Ліхачов В.К. Гінекологія: керівництво для лікарів.— Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
2. Наказ МОЗ України № 319 від 06.04.2016 р. м. Київ. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом» / [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).
3. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. Am J Obstet Gynecol 2019(4):354-64.
4. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med 2020; 382:1244-56



**Дякую за увагу!**