

УДК 618.145-007:415:612.017-036-07

*М.В.В. Самойлова**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ***СОНОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ**

Сонографічним дослідженням доведена можливість диференційної діагностики ендометріом яєчників у залежності від стадії розповсюдження процесу. Виявлено два типи ендометріом яєчників: кістозні (новоутворення великого розміру з потовщеними стінками, переважно однокамерні) і комбіновані кістозні (з щільним пристінним компонентом і внутрішньокістозними перегородками). Виявлені специфічні ознаки ендометріом дозволяють диференціювати їх з ретенційними кістами, папілярними цистоаденомами, а також тубооваріальними пухлинами запального генезу.

Ключові слова: *трансвагінальна сонографія, ендометріоз, яєчники, диференційний діагноз.*

З метою покращення діагностики ендометріюїдних кіст яєчників все частіше використовується ультразвукове сканування в поєднанні з кольоровим доплерометричним картуванням. Чутливість цього методу перевищує 90 % [1, 2]. Необхідно підкреслити, що доплерометричне дослідження забезпечує неінвазивну оцінку мікроциркуляції яєчника взагалі та при ендометріюїдних гетеротопіях в ньому [3–5].

Дуже важливим є проведення диференційного діагнозу ендометріюїдних кіст яєчників з такими новоутвореннями яєчників, як кісти жовтого тіла і кісти з крововиливами, що в більшості випадків не потребують хірургічного лікування. Ендометріюїди яєчників, навпаки, вимагають хірургічного видалення.

Метою дослідження було визначення діагностичної цінності трансвагінальної ультрасонографії при ендометріюїзі яєчників з урахуванням стадії захворювання.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилися 122 жінки з ендометріюїзом яєчників різного ступеня розвитку 18–46 років, середній вік ($33,5 \pm 4,2$) року. Всі пацієнтки були розподілені на групи в залежності від ступеня тяжкості ендометріюїдної хвороби яєчників. Ступінь тяжкості генітального ендометріюїзу визначали відповідно до Класифікації Американського товариства фертильності (R-AFS) [6]. I – II ступінь ендометріюїзу яєчників діагностований у 60 пацієнток (1-ша група), III – IV – у 62 (2-га), до контрольної

(3-ї) групи увійшло 30 здорових жінок репродуктивного віку.

Ультразвукове обстеження проведено на апараті фірми Madison 128 BW (США) з використанням трансабдомінального датчика частотою 3,5 МГц і трансвагінального датчика частотою 7,5 МГц з наступною комп'ютерною обробкою доплерограм. Ехографію органів малого таза здійснювали за допомогою серії поздовжніх і поперечних розтинів. Візуальний аналіз внутрішньоорганного кровотоку проводили на основі розподілу кольорового сигналу із васкуляризованих ділянок, їх яркості та інтенсивності. Першочергово проводили трансабдомінальну і трансвагінальну ехографію з оцінкою форми новоутворення, його локалізації, ехогенності внутрішнього вмісту, його однорідності, товщини оболонки, чіткості зовнішнього та внутрішнього контура, наявності внутрішніх вегетацій, перегородок та їх товщини. Далі проводилось трансабдомінальне і трансвагінальне кольорове доплерівське картування.

Статистичну обробку матеріалу здійснювали методом варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення. УЗД вважається найбільш оптимальним і загальнодоступним скринінговим методом в алгоритмі обстеження хворих [7, 8]. У більшості жінок 1-ї клінічної групи (54; 44,3 %) ми не мали можливості виявити об'ємну трансформацію яєчників при бімануальному дослідженні; на-

© Т.Я. Рудюк, В.Б. Раскалей, Л.О. Стеченко, С.М. Чухрай, 2014

явність ендометріюїдних гетеротопій та їх розміри були засвідчені лише під час УЗ-сканування та лапароскопічного дослідження.

На ехограмі ендометріюїдні кісти яєчника являли собою округлі чи овоїдні утворення розмірами від 0,8 до 12,0 см в залежності від стадії розповсюдження патологічного процесу, найбільш розповсюдженими (у 90 % хворих) були розміри від 2,5 до 7,0 см.

Ендометріюїдні гетеротопії в яєчниках у пацієнтів 1-ї групи мали розміри переважно від 0,8 до 2,6 см з типовою візуальною картиною: достатньо гомогенною рідинною структурою з дрібнодисперсною суспензією, що майже не зміщувалась під час тракції датчиком, помірною ехогенністю та високою звукопровідністю (рис. 1). У більшості пацієток цієї групи (46; 38,3 %) в яєнику було виявлено зони незміненої тканини з фолікулярним апаратом у вигляді дрібних гіпоехогенних включень з об'ємом від 3,0 до 5,92 см³ і невеликою кількістю анехогенних включень.



Рис. 1. Ендометріюїдна гетеротопія у лівому яєчнику пацієнтки Н.

У жінок 2-ї групи зареєстровано два типи ендометріом: 1-й – кістозний, 2-й – комбіновано-кістозний. Кістозний тип спостерігався у 27 пацієток (22,5 %), йому були притаманні ендометріюїдні новоутворення великого розміру з потовщеною стінкою, рухомі при тракції датчиком. Розміри ендометріом яєчників коливались від 4,3 до 12 см в діаметрі (рис. 2).

У більшості випадків кісти були однокамерними і лише у 3 жінок – двокамерними. У цих пацієток (27; 22,5 %) поряд з ендометріюїдами візуалізувалися зони незміненої яєчничкової тканини невеликого загального об'єму (2,11 – 4,23 см³), в якому визначалась помірна кількість анехогенних включень. У 4 жінок цієї

підгрупи майже не було незміненої яєчничкової тканини.



Рис. 2. Ендометріюїдні кісти великих розмірів правого яєчника пацієнтки К.

Комбіновано-кістозний тип спостерігався у 35 пацієток. В ендометріюїдах цих пацієток візуалізувався щільний пристінний компонент підвищеної ехогенності, у 4 випадках – внутрішньокістозні перегородки (рис. 3). В деяких випадках при наявності гіперехогенних пристінних включень виникала необхідність в проведенні диференційної діагностики ендометріом яєчників з папілярними цистоаденомами.

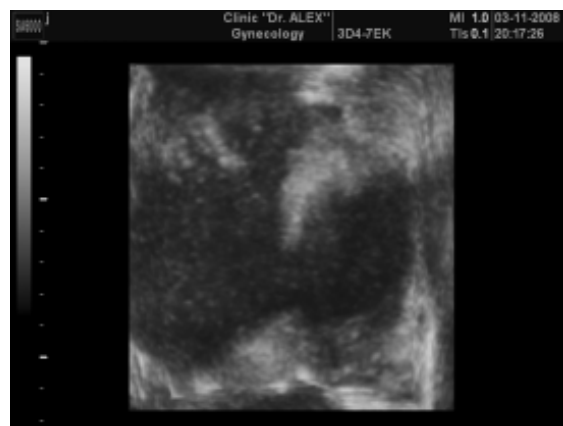


Рис. 3. Ендометріюїдні кісти правого яєчника з щільним пристінним компонентом підвищеної ехогенності в режимі 3D пацієнтки М

Проблема остаточно вирішувалась при проведенні лапароскопії з наступним гістологічним аналізом видаленого матеріалу. Специфічним маркером для даного варіанта була наявність в будові даних новоутворень дрібнодисперсної взвісі, що не зміщувалась під час зрушення датчика та мала середню і подекуди підвищену ехогенність. На ехограмах у 3 із 33 жінок даної підгрупи неушкоджена тканина яєчника на стороні локалізації ендометріюїди не виявля-

лась, у 8 пацієнок новоутворення були двосторонніми, незмінена тканина яєчника не візуалізувалася лише з однієї сторони.

Важливо, що на відміну від жінок 1-ї клінічної групи у пацієнок 2-ї групи поряд з ендометріомами виявлено достовірне зменшення об'єму тканини з незміненими фолікулами у вигляді гіпоехогенних включень, у середньому $(3,07 \pm 0,24) \text{ см}^3$ у порівнянні з $(4,48 \pm 0,52) \text{ см}^3$.

Слід зауважити, що у 7 (5,74 %) пацієнок із 122 досліджених ультразвукова картина була нетиповою для ендометріодних кіст яєчників. У них виявлялися однокамерні новоутворення з рідинним вмістом анехогенної однорідної будови діаметром від 4,2 до 7,0 см, товщиною стінки 0,2 – 0,5 см. Спостереження протягом трьох місяців за цими новоутвореннями свідчило про стабільність їх розмірів і внутрішньої структури, при цьому проводилася їх диференційна діагностика з фолікулярними кістами яєчників, остаточно діагноз було встановлено під час лапароскопічного втручання з наступним гістологічним аналізом матеріалу.

Досить складними для діагностики під час проведення вагінальної ультрасонографії виявилися нетипові ендометріодні новоутворення яєчників у 5 (4,1 %) пацієнок. Виявлені ендометріодні кісти манифестували з вираженим поліморфізмом: на тлі багатокамernih рідинних структур спостерігався щільний пристінний компонент підвищеної ехогенності у вигляді ехопозитивних включень, у декільках камерах візуалізувалася дрібнодисперсна взвісь. Для таких новоутворень проводили диференційну діагностику

з тубооваріальними запальними новоутвореннями додатків матки.

Так, 8 (6,5 %) пацієнок поступили до стаціонара з вираженим больовим синдромом і позитивними ознаками подразнення очеревини, підозрою на розрив кісти. У цих випадках специфічними ознаками новоутворення були нечіткі внутрішні контури, гіпоехогенний вміст з дрібнодисперсною взвісю, незначна кількість вільної рідини у черевній порожнині. При лапароскопічному дослідженні у таких жінок виявлені мікроперфорації ендометріом яєчників у черевну порожнину.

Висновки

1. УЗ-сканування з використанням доплерометричного кольорового картування у пацієнок з ендометріозом яєчників є неінвазивним методом дослідження, що може широко використовуватись в умовах обмежених ресурсів, і дає можливість провести диференційний діагноз ендометріом яєчників з ретенційними кістами, папілярними цистоаденомами, тубооваріальними пухлинами запального генезу, а в деяких випадках – і зі злякисними новоутвореннями.

2. Проведене дослідження дозволило виділити основні види сонограм ендометріом уражених яєчників по стадіях програмування згідно застосованої класифікації R-AFS.

Перспективність дослідження. Визначення специфічних ознак ендометріом яєчників з виділенням різних варіантів дозволить детальніше спрогнозувати об'єм і засіб оперативного втручання, а в поєднанні з морфологічним дослідженням видаленого матеріалу таргетно розробити методику лікування.

Література

1. Transvaginal color Doppler in patients with ovarian endometriomas and pelvic pain / J.I. Alcazar, C. Laparte, M. Jurado, [et al.] // Hum. Reprod. – 2001. – Vol. 16 (12). – P. 2672–2673.
2. Transvaginal sonography for preoperative assessment of ovarian endometriosis / N. Fratelli, M. Scioscia, E. Bassi [et al.] // 11 World Congress on Endometriosis. – Montpellier France, 2011. – P. 111–112.
3. Эндометриозная болезнь: как избежать гипердиагностики и ятрогении? / В.В. Каминский, Е.Н. Борис, А.А. Суханова, В.В. Коноплянко // Doctor. – 2006. – № 5 (35). – С. 2–7.
4. The role of routine postoperative transvaginal treatment, pelvic MRI and Antimüllerian hormone following extensive laparoscopic surgery for endometriosis in infertile women / L.P. Chamie, R.M. Pereira, F. Soliman, [et al.] // 11 World Congress on Endometriosis. – Montpellier France, 2011. – P. 42–43.
5. Role of color Doppler ultrasonography in the diagnosis of endometriotic cyst / M. Pascual, F. Tresserra, P.J. Grases [et al.] // J. Ultrasound Med. – 2007. – Vol. 19 (10). – P. 695–699.
6. Revised American Fertility Society classification of endometriosis. – 1985 Fertilsteri/ 43, 351.

7. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. June 2007.

8. Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging (MRI) and added value of transvaginal ultrasonography (US) in pelvic endometriosis / M. Aubert, D. Da Ines, P. Cameo, [et al.] // 11 World Congress on Endometriosis. – Montpellier France, 2011. – P. 107–108.

М.В.В. Самойлова

ЗНАЧЕНИЕ СОНОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Сонографическим исследованием доказана возможность дифференциальной диагностики эндометриом яичников в зависимости от стадии распространения процесса. Выявлено два типа эндометриом яичников: кистозные (новообразования большого размера, с утолщёнными стенками, преимущественно однокамерные) и комбинированные кистозные (с плотным пристеночным компонентом и внутрикистозными перегородками). Выявленные специфические признаки эндометриом позволяют дифференцировать их с ретенционными кистами, папиллярными цистоаденомами, а также тубоовариальными опухолями воспалительного генеза.

Ключевые слова: *трансвагинальная сонография, эндометриоз, яичники, дифференциальный диагноз.*

М. V. V. Samoylova

SONOGRAPIC CRITERIA IN OVARIAN ENDOMETRIOSIS DIAGNOSTICS

In the research on the basis of sonographic investigation proved the possibility of differential diagnosis of ovarian endometriosis depending on the stages of the disease progress. 2 type of ovarian endometriosis were revealed: cystic (a big sized cyst with thickened walls mainly unicystic) and combined cystic (with thick parietal component and intracellular partition). Revealed specific features of ovarian endometriosis allow differentiate them with retential cysts, papillar cystadenoms and adnexal inflammatory tumors.

Key words: *transvaginal sonography, endometriosis, ovaries, differential diagnosis.*

Поступила 24.07.14