УДК: 618.14-002-092

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ахмедова Нилюфар Махмудовна - *к.м.н, доцент*
Андижанский Государственный Медицинский Институт (Андижан, Узбекистан)

Аннотация. *Эндометриоз - это хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся ростом ткани, подобной эндометрию, за пределами матки. Это одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое влияет на 10–15% женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз оказывает различное воздействие на разные этапы жизни женщин, включая физические, репродуктивные, психологические и социальные последствия, которые могут значительно повлиять на их качество жизни и часто связаны с хронической тазовой болью и/или бесплодием.*

Ключевые слова*: наружный генитальный эндометриоз, индекс здоровья, тазовая боль,бесплодие,фертильность, репродуктивный возраст.*

TASHQI GENITAL ENDOMETRIOZNING KLINIK XUSUSIYATLARI

Axmedova Nilyufar Mahmudovna - t.f.n., dotsent
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti (Andijon, O‘zbekiston)

Izoh. *Endometrioz - surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, bachadondan tashqarida endometriumga o'xshash to'qimalarning o'sishi bilan tavsiflanadi. Bu eng keng tarqalgan ginekologik kasalliklardan biri bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarning 10-15 foiziga ta'sir qiladi. Endometrioz ayollar hayotining turli bosqichlarida, jumladan, jismoniy, reproduktiv, psixologik va ijtimoiy oqibatlarga olib keladi, bu ularning hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin va ko'pincha surunkali tos og'rig'i va / yoki bepushtlik bilan bog'liq.*

Kalit so'zlar*: tashqi genital endometrioz, salomatlik indeksi, tos a'zolaridagi og'riqlar, bepushtlik, tug'ilish, reproduktiv yosh.*

Введение. Женщины с эндометриозом часто нуждаются в длительном времени для зачатия, а их репродуктивные возможности могут снижаться при усугублении заболевания. Доля эндометриоза среди женщин с бесплодием колеблется от 25% до 50%. Эндометриоз является эстрогензависимым воспалительным заболеванием, характеризующимся ростом эндометриальной ткани (желез и стромы) за пределами матки. Учитывая, что около 10–15% женщин репродуктивного возраста страдают от этого заболевания, его распространенными симптомами являются тазовая боль и бесплодие. Важно отметить, что эндометриоидная ткань отличается от эктопически расположенного эндометрия по ряду параметров, включая рецепторы к гормонам, ответ на гормональное воздействие и визуальные проявления.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, эндометриозом называется доброкачественное заболевание, характеризующееся наличием ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, за пределами полости матки. Согласно современной классификации эндометриоз разделяют на наружный и внутренний. Наружный эндометриоз определяется как локализация эндометриоидных гетеротопий на влагалище, шейке матки, яичниках и маточных трубах, тазовой брюшине. «Внутренний эндометриоз» выделяют в качестве самостоятельного заболевания, обозначаемого термином «аденомиоз». Также некоторые исследователи считают, что ретроцервикальный эндометриоз (deep infiltrating endometriosis) можно рассматривать в качестве отдельной формы заболевания. Характерным симптомом эндометриоза является хроническая боль в области таза, начинающаяся до менструации и продолжающаяся во время нее и в течение нескольких дней после завершения менструации. Нередко единственным проявлением эндометриоза, особенно его малых форм, является бесплодие Эндометриоз имеет ряд признаков, отличающих его от других болезней: цикличность, сходная с регулярностью овариоменструального цикла; отсутствие в очаге эндометриоза соединительнотканной капсулы; склонность к инфильтрирующему росту, связанному с ферментативной активностью эндометриоидных очагов.

Особенностью эндометриоза является его способность к метастазированию, т. е. переносу клеток эндометриоза путём имплантации по лимфатическим и кровеносным сосудам в другие органы и ткани, находящиеся на значительном расстоянии от первичного очага [3, 5]. Наружный генитальный эндометриоз прочно удерживает одно из лидирующих мест как в структуре гинекологической патологии, так и в структуре женского бесплодия. Несмотря на многолетние кли-

нические и экспериментальные исследования эндометриоза, достоверных сведений об этиологии и патогенезе заболевания известно достаточно мало. Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что эта патология встречается в любом возрасте независимо от этнической расы и социально-экономических особенностей [1,2,4, 6]. Проблема лечения наружного генитального эндометриоза остается актуальной в связи с ростом его частоты и наличием клинических форм, не поддающимся современным видам консервативной терапии.

Эндометриоз — доброкачественное эстрогензависимое гинекологическое заболевание, однако в силу сопутствующих заболеваний и хронического характера она представляет собой очень важную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Бесплодие является относительно частым симптомом у пациенток с эндометриозом. От 30 до 50% женщин с эндометриозом могут страдать бесплодием [8,9]. Эндометриоз может влиять на фертильность несколькими способами: искаженная анатомия таза, спайки, рубцовые фаллопиевы трубы, воспаление тазовых структур, измененное функционирование иммунной системы, изменения гормональной среды яйцеклетки, нарушение имплантации беременности и изменение качества яйцеклетки. Часто это бесплодие остается необъяснимым из-за задержки в диагностике, вызывающей значительный уровень стресса [11,15]. Значительной проблемой является и проблема классификации эндометриоза.

В статье Айламазян Э.К. и др. приводятся различные классификации эндометриоза и подчеркивается необходимость создания новой классификации данного заболевания, на основе которой будет возможно прогнозирование течение заболевания и его исхода [8]. Наибольший вклад в разработку отечественных классификаций эндометриоза внесла Адамян Л.В. Предложенные ей классификации эндометриоидных кист и ретроцервикального эндометриоза получили широкое распространение в клинической практике в связи с возможностью данных классификаций определения объема оперативного вмешательства и выбора тактики ведения пациенток [10]. Показано, что у пациенток с эндометриозом концентрация периферических регуляторных Т-клеток снижается, вследствие их накопления в эктопической ткани эндометрия [12]. Тканевые регуляторные Тклетки могут подавлять функцию эффекторных Т-лимфоцитов, что вызывает пролиферацию и инвазию стромальных клеток эндометрия, причем в недавнем исследовании сообщается, что активации регуляторных Т-клеток содействуют провоспалительные цитокины [12, 13]. Прогрессированию эндометриоза способствуют рекрутирование макрофагов в очаге эндометриоза и их поляризационный фенотип. Фенотип М1 макрофагов обладает способностью секретировать провоспалительные цитокины, в то время как макрофаг М2 имеет противоположные свойства: вызывает процессы иммуносупрессии и нейроангиогенеза. При это макрофаги могут изменять свое местоположение и фенотип, что приводит к адаптации микроокружения и прогрессированию заболевания.

Эндометриоз оказывает значительное негативное влияние на аспекты социальной, семейной, сексуальной, образовательной и профессиональной жизни . Боль и связанная с ней дисфункция организма ухудшают качество жизни и снижают профессиональную продуктивность. В случаях, когда нет четкой причины или лекарства, заболевание может быть хроническим и рецидивирующим. Из-за своего влияния на сексуальность и фертильность это может негативно сказаться на партнерских отношениях.

Целью исследование было направлено на изучение клинических особенностей наружного генитального эндометриоза при различной степени активности.

Материал и методы. В рамках нашего исследования мы провели сравнительный анализ клинического течения, длительности заболевания, состояния репродуктивной системы и возраста у 120 женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом. Диагноз заболевания был подтвержден на основе эндоскопических данных и результатов гистологического анализа операционного материала. В качестве контрольной группы мы использовали 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Комплексное клинико-лабораторное обследование пациенток включало клинический анамнез, гормональное и ультразвуковое исследование, а также лапароскопию и рентгенологические обследования.

Результаты и обсуждение. Полученные данные показали, что возраст больных колебался от 22 до 56 лет; средний возраст составил 37±2 лет. Наиболее частой жалобой были боли при менструации – у 100 (86,95%) женщин. Также частыми жалобами больных были менорргия – у 52 женщин (45,21%) и болевой синдром постоянного характера – у 50 женщин (43,47%). Практически все больные отмечали усиление болевого синдрома с течением времени. Боли постоянного характера отмечали 50 (43,47%) женщин, а периодического 28 (24,34%) женщин. Степень болевого синдрома определялась с помощью, предложенной Mac Laverty C., Shaw P. (1995) системы для оценки выраженности болей. 50 (43,47%) больных предъявляли жалобы на боли постоянного характера, на боли - при половых контактах 16 (13,91%), на боли во время дефекации - 1 (0,86%) боли периодического характера, на не связанные с менструацией 28 (24,34%), на

боли во время менструации - 100 (86,95%), на 34 короткий цикл - 21 (18,26%), на меноррагия 52 (45,21%), на менометроррагии - 20 (17,39%), на пре– и постменструальные выделения - 19 (16,52%) на отечность - 8 (6,95%), на нарушение мочеиспускания - 3 (2,60%), на запоры - 6 (5,21%), на первичное бесплодие - 32 (27,82%), на вторичное бесплодие - 15 (13,04%). Изучение семейного анамнеза показало, что 30 (26,08%) больных НГЭ имели отягощенную наследственность в виде опухолей экстрагенитальной локализации (ЖКТ, легкие, почки, кости), 12 (10,43%) пациенток имели миому матки, 1 женщина (0,8%) – эндокринопатию (сахарный диабет) и 9 женщин (7,82%) – гиперпластические процессы молочных желез.

Нормальные показатели индекса массы тела (ИМТ) наблюдались у 88 (76,52%) женщин, 14 (12,17%) женщин имели повышенную массу тела (ИМТ 26-30), и 13 (11,30%) женщин имели массу тела меньше нормы (ИМТ до 26). Обращает внимание, что 39 (33,91%) обследованных больных НГЭ были темноволосые, 51 (44,34%) – вели активный образ жизни. Известно, что метаболизм стероидных гормонов и белково-гормональных компонентов происходит в гепатоцитах. Возможно, что замедление метаболизма биологически активных веществ и гормонов, обусловленное хроническими заболеваниями пищеварительной системы, провоцирует их активирующее влияние на органы мишени с последующим накоплением в циркулирующей крови гистамина, простагландинов и недоокисленных продуктов распада белковых соединений. Относящиеся к настоящему заболеванию нарушения самочувствия, вынудившие больных обратиться за медицинской помощью, сводились к следующим жалобам: боль внизу живота и в области поясницы, значительное усиление болей во время полового акта и в период менструаций, различные нарушения менструального цикла, отсутствие беременностей.

Наиболее часто в анамнезе женщин имела место патология желудочно-кишечного тракта – гастрит, панкреатит, желчнокаменная болезнь и холецистит – у 66 (57,34%), 23 (20%) и 17 (14,78%) женщин, соответственно. Вторыми по частоте встречаемости были заболевания сердечно-сосудистой системы: 52 (45,21%) пациентки страдали артериальной гипертензией (АГ). У 61 (53,04%) женщины отмечено нарушение сердечной проводимости. Эти данные согласуются с общепопуляционными, согласно которым заболевания сердечно-сосудистой системы стоят на первом месте среди сопутствующей патологии и среди причин смертности населения. Патология мочевыделительной системы в виде мочекаменной болезни и пиелонефрита в анамнезе наблюдалась у 4 (3,47%) и 8 (6,95%) женщин в основной группе.

Выводы:

1. При наружном генитальном эндометриозе имеют место заболевания многих систем органов и низкий индекс здоровья обследуемых женщин, что является неблагоприятным фоном, на котором развивается патологический процесс или заболевание.

2. У большинства женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом, выражен воспалительный процесс в матке или придатках, что создает дополнительный «благоприятный» фон для развития наружного эндометриоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. Монография. - Ставрополь. СГМА. 2020. –228 с. 2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. - Москва. «Медицина». – 2018. – С. 365. 3. Адамян Л.В., Кулаков И.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2019. – 416 с.

4. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных: Дисс. … д-ра мед.наук. – М., 2017. – 333 с.

5. Агарвал С.К., Чапрон С., Джудиче Л.С., Лауфер М.Р., Лейланд Н., Миссмер С.А., Сингх С.С., Тейлор Х.С. Клинический диагноз эндометриоза: призыв к действию. 2019; 220 :354.e1–354.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039.

6. Бобкова М.В. Клинико-морфологические особенности наружного генитального эндометриоза: Дис. … канд. мед. наук. – М., 2020. – 174 с.

7. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты: Дис...д.м.н. – Москва. – 2020. -212 с.

8. Гадомска Х., Каминский П., Марьяновский Л. Эндометриоз. Медипресс Гинекол. 2019 год; 3 :2–5.

9. Гольдштейн Д.П., де Холноки С., Эманс С.Дж., Левенталь Дж.М. Лапароскопия в диагностике и лечении тазовой боли у подростков. Дж. Репрод. Мед. 2018 г.; 24 : 251–256

10. Де Грааф А.А., Д'Хуге Т.М., Дунсельман Г.А., Дирксен К.Д., Хуммельшой Л., Консорциум WERF EndoCost. Симоэнс С. Значительное влияние эндометриоза на физическое, психическое и социальное благополучие: результаты международного перекрестного исследования. Гум. Воспр. 2016; 28 :2677–2685. doi: 10.1093/humrep/det284.

11. Колд М., Хансен Т., Ведстед-Хансен Х., Форман А. Психологическое вмешательство, ос-

нованное на осознанности, для преодоления боли при эндометриозе. Норд. Психол. 2016; 68 : 144–146.

12. Нисенблат В., Боссайт П.М., Шейх Р., Фаркуар С., Джордан В., Шефферс С.С., Мол Б.В., Джонсон Н., Халл М.Л. Биомаркеры крови для неинвазивной диагностики эндометриоза. Кокрановская система баз данных. ред. 2016 г

13. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Эффективность лечения бесплодия, обусловленного рецидивирующим наружным генитальным эндометриозом // Гинекология. – 2019. – Т. 21, №1. – С.38-43

14. Парамонова Н.Б., Коган Е.А., Колотовкина А.В., Бурменская О.В. Морфологические и молекулярно-биологические признаки нарушения рецептивности эндометрия при бесплодии женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом // Архив патологии. – 2018. – Т. 80, №3. – С.11.

15. Паскарь С.С., Калугина А.С., Боярскии К.Ю., Губанов С.А. Клиникоанамнестическая характеристика и прогноз исходов ВРТ у пациентов молодого репродуктивного возраста // Проблемы репродукции. – 2018. – №6. – С.76-82.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS.

Akhmedova Nilyufar Mahmudovna - C.M.Sc., associate professor
Andijan State Medical Institute (Andijan, Uzbekistan)

Annotation. *Endometriosis is a chronic inflammatory disease characterized by the growth of endometrial-like tissue outside the uterus. It is one of the most common gynecological diseases, affecting 10–15% of women of reproductive age. Endometriosis has varying impacts at different stages of women's lives, including physical, reproductive, psychological and social consequences that can significantly impact their quality of life and are often associated with chronic pelvic pain and/or infertility.*

Key words: *external genital endometriosis, health index, pelvic pain, infertility, fertility, reproductive age.*