

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.

Ахмедова Нилюфар Махмуджановна

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Аннотация

Эндометриоз представляет собой хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся наличием и пролиферацией эктопической эндометриоподобной ткани вне матки. Эндометриоз — одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, поражающее 10–15% женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз оказывает различное влияние на различные этапы жизни женщин, включая значительные физические, репродуктивные, психологические и социальные последствия, неблагоприятно влияющие на качество жизни и часто предрасполагающие к хронической тазовой боли и/или бесплодию. Женщинам с эндометриозом требуется больше времени для зачатия, а показатели фертильности еще больше снижаются с тяжестью заболевания. Распространенность эндометриоза у бесплодных женщин колеблется от 25% до 50%. Эндометриоз-эстрогензависимое воспалительное заболевание, характеризующееся имплантацией и ростом эндометриальной ткани (желез и стромы) вне полости матки. Около 10–15% женщин репродуктивного возраста страдают эндометриозом. Наиболее распространенными симптомами заболевания являются тазовые боли и бесплодие. Эндометриоидную ткань нельзя рассматривать как эктопически расположенный эндометрий, так как они существенно различаются по содержанию рецепторов к гормонам, ответу на гормональное воздействие и по визуальным проявлениям.

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

CLINICAL FEATURES OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS .

Annotation

Endometriosis is a chronic inflammatory disease characterized by the presence and proliferation of ectopic endometrial-like tissue outside the uterus. Endometriosis is one of the most common gynecological diseases, affecting 10-15% of women of reproductive age. Endometriosis has a variety of impacts at different stages of a woman's life, including significant physical, reproductive, psychological and social consequences that adversely affect quality of life and often predispose to chronic pelvic pain and/or infertility. Women with endometriosis take longer to conceive, and fertility rates decline even further with the severity of the disease. The prevalence of endometriosis in infertile women ranges from 25% to 50%. Endometriosis is an estrogen-dependent inflammatory disease characterized by the implantation and growth of endometrial tissue (glands and stroma) outside the uterine cavity. About 10-15% of women of reproductive age suffer from endometriosis. The most common symptoms of the disease are pelvic pain and infertility. Endometrial tissue cannot be considered as an ectopically located endometrium, since they differ significantly in the content of hormone receptors, response to

hormonal exposure, and in visual manifestations.

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

Введение. 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 оварио-менструального 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 клинические 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 течения 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 Т-клетки 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 этом 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 нашего исследования явилось изучение клинических особенностей наружного генитального эндометриоза различной степени активности.

Материал и методы. Нами проведен сравнительный анализ клинического течения, длительности заболевания, состояния репродуктивной системы, возраста больных у 120 женщин с наружным генитальным эндометриозом. Диагноз заболевания верифицирован на основании эндоскопических данных и результатов гистологического исследования операционного материала. В контрольную группу вошли 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Полное клинико-лабораторное обследование больных включало клинико-anamnestическое, гормональное, ультразвуковое, рентгенологическое, лапароскопическое обследование. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Excel.

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 меноррагия – 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 Lavery 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. Гадамска 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. Симознс 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, основанное 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., Боярский К.Ю., Губанов С.А. Клиникоanamнестическая характеристика и прогноз исходов ВРТ у пациентов молодого репродуктивного возраста // *Проблемы репродукции.* – 2018. – №6. – С.76-82.