

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Саидова Юлдузхон Кахрамон кизи  
Узбекистан

**Аннотация.** 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 [1, 4].

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 [1,2,3, 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.

**Ключевые слова:** наружный генитальный эндометриоз, индекс здоровья, тазовая боль.

**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-анамнестическое, гормональное, ультразвуковое, рентгенологическое, эндоскопическое 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  $37 \pm 2$  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. Распределение по профессиям в группе больных НГЭ представлено следующим образом: бухгалтеры – 43 (37,39%), медицинские работники (врачи, медсестры) – 33(28,69%), инженеры – 33 (28,69%), прочие специальности – 6 (5,21%) пациенток. 71 (61,73%) из обследуемых женщин имели нормальную конституцию. Для обследованных больных характерна высокая частота инфекционных заболеваний в детском и пубертатном возрасте: у больных НГЭ отмечается высокая частота инфекционных заболеваний (более 3 инфекционных заболеваний в детстве на 1 девочку). Около половины обследуемых женщин в детском и подростковом периоде подвергались респираторным заболеваниям (54 (46,95%) женщины), 46 (40%) женщин были подвержены гриппу, 31 (26,95%) – переболели краснухой. Каждая пятая женщина в детстве перенесла ветряную оспу (23%), хронический тонзиллит перенесли 19 женщин (16,52%) и корь – 20 (17,39%) пациенток. Хронические воспаления носоглотки были настолько частыми и тяжелыми, что 6,95% девочкам произведена тонзилэктомия. 19 больным (16,52%) произведена аппендэктомия. Ослабление общих и местных реакций вследствие этих 35 заболеваний могло вызвать инфицирование гениталий патогенной флорой или активизировать условно-патогенную флору, а хроническая тонзиллогенная инфекция способствовала развитию «гипоталамо-тонзиллярного синдрома», проявляющегося различными нарушениями в репродуктивной системе, на что указывают многие исследователи (Коколина В.Ф., 1998; Ткаченко Л.В., 2000; Антипина Н.Н., 2004; Евсеева М.М., 2008). Анализ характера репродуктивной функции у больных НГЭ свидетельствует о ее нарушении у многих из них. Период полового созревания характеризовался своевременным менархе у 92 (78%) женщин. Средний возраст наступления менархе составил  $13,2 \pm 0,26$  года. Раннее становление менструальной функции выявлено у 11 (10%) женщин, позднее наступление менархе наблюдалось у 12 (10,03%) пациенток. Менструации установились сразу только у 35% женщин, у 65% женщин отмечено позднее установление менструального цикла с момента менархе (1,5- 2 года), что может свидетельствовать о функциональной неполноценности механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего в системе гипоталамус-гипофиз яичники уже в период становления и созревания репродуктивной системы. На момент обследования у 110 (96%) участвующих в исследовании характеризовали менструальный цикл как регулярный длительностью  $27,6 \pm 0,83$  дня с колебаниями от 21 до 35 дней. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи имело место у 5 (4%) больных. Длительность менструального кровотечения не превышала 7 дней у всех обследованных женщин и оставалась в среднем  $5,12 \pm 0,27$  дня. Среднее

количество беременностей на одну женщину составило  $3,0 \pm 1,1$ ; физиологические роды имели 12 (10,43%) женщин. Медицинские аборт в анамнезе отмечали 38 (33,04%) женщин. Более чем у половины больных с наружным эндометриозом наблюдались заболевания, обусловленные нарушением нейрогуморальной регуляции: дискинезия желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, нейроциркуляторная дистония (45% больных), которая протекала чаще по гипертоническому типу. На момент оперативного вмешательства обострения хронических экстрагенитальных заболеваний не отмечалось. 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. В несколько меньшем проценте случаев встречалась патология дыхательной системы: бронхиальная астма у 1 (0,08%) и перенесенная пневмония – также у 1 (0,08%) женщины. Заболевания щитовидной железы отмечали 17 (14,78%) пациенток. Варикозной болезнью нижних конечностей страдали 8 (6,95%) пациенток. Приведенные данные свидетельствуют о том, что только гормональное лечение эндометриоза различной степени тяжести является малоэффективным, т.к. у всех больных заболевание в конечном итоге прогрессировало и всем 37 больным потребовалось хирургическое

вмешательство. Мнения различных авторов на назначение дооперационного лечения гормональными препаратами неоднозначно: одни свидетельствуют о необходимости проведения такой предоперационной подготовки, аргументируя это тем, что сокращение тканей вокруг эндометриоза и их склерозирование позволяет снизить интраоперационную кровопотерю, а также снизить объем повреждения тканей во время операции

#### **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. 2014. –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», 2016. – 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. Бобкова М.В. Клинико-морфологические особенности наружного генитального эндометриоза: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 174 с.
6. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты: Дис...д.м.н. – Москва. – 2002. -212 с.