

DOI 10.31718/2077-1096.20.2.63

УДК 618.14-002:618.3

Орлова Ю.А., Мартиненко В.Б.

ЕНДОМЕТРІОЗ ЯК ГЛОБАЛЬНА БАГАТОРІВНЕВА ПРОБЛЕМА, РЕТРОСПЕКТИВНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

У викладеній статті розкривається питання складної гінекологічної поліетіологічної патології – ендометріозної хвороби. Загальне охоплення даною патологією серед жінок становить 10 %, при поширенні серед репродуктивної частини жінок до 70%. Різноманіття та виразність клінічної симптоматики погіршує не тільки фізичний стан жінки, а й емоційний. На сьогоднішній день, складності в діагностиці та лікуванні описаної патології викликають низку проблем без рішення. Таким чином ендометріоз є перспективним напрямом вивчення, а актуальність даної проблеми не викликає сумнівів. Метою дослідження було: характеризувати особливості анамнезу та симптоматики жінок з ендометріозом, визначити діагностичну цінність проведених методів обстеження, оцінити ефективність лікувальних тактик жінок з зазначеною патологією. Для виконання поставленої мети дослідження був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 61 жінки з ендометріозом, що у 100% був підтверджений гістологічно. Середній вік досліджуваних жінок $30,44 \pm 5,6$ років. Індекс маси тіла дорівнював $23,04 \pm 3,87$ кг/м². Надлишкова маса тіла була відмічена у 16 жінок (26,22%), ожиріння 1 ступеня зареєстровано у 2 жінок (3,27%). Початок менструації становив в середньому $13,04 \pm 1,07$ років. Пізнє настання менархе відмічено у 2 жінок (3,21 %). Тривалість менструації була від $4,67 \pm 1,44$ до $5,37 \pm 1,29$ днів. Менструальна кровотеча більше ніж 8 днів відмічена у 1 жінки. Надмірну втрату менструальної крові відмічали 55,7% жінок. Інтервал менструального циклу варіював від 21 до 32 днів, був регулярним та склав $27,6 \pm 2,31$ днів. Больові відчуття під час менструації відмічають 47,54% жінок. Посилення больового синдрому з моменту встановлення діагнозу відмічає 14 жінок, що дорівнює 48,27% випадків серед 29 жінок з ендометріозом та наявною болісною менструацією. Вагітності відмічені у 22 випадках. Невиношування вагітності зафіксовано у 2 жінок (9,09%). Непліддя мали 20 жінок, що становить 32,7%. Непліддя мало первинний характер. При оцінці положення матки в тазу виявлено, що 7 жінок (11,47%) мали ретроградне розташування матки, а саме в положенні ретрофлексію. Проводячи оцінку соматичного анамнезу досліджуваних жінок, слід зазначити, що ураження різних органів і систем було у 53 жінок (86,88%). Найбільша кількість соматичної патології відмічено серед патології шлунково-кишкового тракту – 64,1%. Гінекологічну патологію, окрім основного захворювання, в анамнезі мали 24 жінки (39,34%). СА 125 визначений у 73,77% жінок із нього значення більше 35,0 Од/мл відмічено у 25 жінок. Його цінність встановлена лише у 55,5% жінок. Визначення HE4 проводилось у 17 жінок (27,86%). Серед цих жінок лише в 1 випадку значення HE 4 перевищувало вікову норму та було на рівні 69,59 пмоль/л. При ультразвуковому методі діагностики ендометріоз встановлений лише у 58,3% випадків. Одній жінці встановлено вище наведений діагноз за рахунок магнітно-резонансної томографії. Терапія ендометріозу поділяється на консервативну та оперативну. Перед оперативним лікуванням 31 жінці (50,81%) була обрана консервативна тактика ведення – без ефекту. Під час проведення оперативного лікування лапароскопічним доступом видимі ендометріозні гетеротопії були наявні у 50 жінок - 81,96%, а у 18,04% ендометріоз ендоскопічно не діагностований, але гістологічно підтверджений у 100% випадків. Звертає на себе увагу наявність злукового процесу органів малого тазу у 46 жінок – 75,4%. Хоча оперативні порожнинні втручання були лише у 22 жінок (47,82%). Таким чином, ендометріоз - захворювання, яке у 21 столітті не має єдиної точки зору щодо його першопричини та етіологічних факторів. Важка клінічна симптоматика, неможливість повноцінного використання неінвазивних методів діагностики у визначенні проблеми та відсутність комплексного лікування, яке б після курсу лікування забезпечувало відсутність рецидивування, наполегливо змушують вчених та лікарів поглиблювати свої знання та шукати методи вирішення поставлених задач даної патології.

Ключові слова: ендометріоз, аденоміоз, ендометріозна хвороба, непліддя, больовий синдром.

Зв'язок публікацій з плановими науково-дослідними роботами. Стаття являється фрагментом НДР кафедри акушерства і гінекології № 1 «Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції та генетичні особливості при патології під час вагітності та гінекологічних захворюваннях», № державної реєстрації 0117U005253.

Вступ

Ендометріозну хворобу сьогодні по праву можна назвати проблемою сучасності [1]. Невизначені та багаточисельні ланки патогенезу, недостатня інформація щодо факторів, які ініціюють вказаний патологічний стан, різноманіття клінічних проявів та локалізації, атипові форми, невирішені питання діагностики та лікування - все це привертає увагу вчених всього світу [1,2,3].

На особливу увагу слід поставити якість життя жінок з даною патологією. Виражена клінічна симптоматика призводить до погіршення не тільки індивідуальної складової життя, а й до обмеження соціального аспекту в цілому [3]. У таких жінок спостерігається зниження самооцінки, порушення самосприйняття, соціальна закритість та скованість, емоціональна лабільність, підвищений рівень тривожності та навіть депресивні стани [4,5].

Серед жінок репродуктивного віку з ендометріозом ураження ендометріозом сягає 70 % серед цієї вікової категорії [6]. Причинами звертання жінок до лікаря є: порушення менструального циклу, яке діагностується до 40,3 % випадків у вигляді аномальних виділень перед та після менструації [7] та аномальних маткових кровотеч, які у жінок з ендометріозом зустрічаються від 40,3% до 90,4% [7,8]. Неможливість жінки реалізувати свої репродуктивні плани (первинне та вторинне непліддя) сягає 77,3% випадків [9]; невиношування вагітності діагностується у таких жінок за даними різних авторів в діапазоні від 3,1% до 12,5% [10]; больовий синдром під час та поза менструацією відмічають від 50,4% до 58,2% жінок з ендометріозом [7,11], цисталгії, синдром подразненого кишечника, неврологічні порушення [12], дизурія, часте сечовипускання під час менструації, гематурія при глибокому інфільтративному ендометріозі (при локалізації ендометріозу у сечовому міхурі) [13,14], кровохаркання при ендометріозі легень під час менструації, діагноз якого, як правило первинно маскується, як рак легенів [9].

Діагностичні складнощі у постановці діагнозу виникають за рахунок необхідності використання інвазивних маніпуляцій [3]. Вважається, що «золотим стандартом» для підтвердження цієї патології є гістологічне дослідження [3,15].

Лікування ендометріозної хвороби також визиває багато дискусій. Вважається, що гормональна терапія є методом вибору при виключенні оперативного втручання. Однак, дані відносно повного клінічноговилікування сьогодні відсутні [16].

Таким чином, ендометріоз є перспективним напрямом вивчення, а актуальність даної проблеми не визиває сумнівів.

Мета дослідження

Характеризувати особливості анамнезу та симптоматики жінок з ендометріозом. Визначити діагностичну цінність проведених методів обстеження. Оцінити ефективність лікувальних тактик жінок з зазначеною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 61 історій хвороб в період між 2015–2018 роками жінок з встановленим та гістологічно підтвердженим ендометріозом. Жінки поступали в плановому порядку на оперативне лікування з приводу гінекологічної патології методом лапароскопії. Нами оцінені дані анамнезу у вигляді клінічної картини, соматичного статусу, характеристики особливостей менструальної та репродуктивної функцій, дані неінвазивних та інвазивних методів діагностики, а також проведеного лікування.

Результати та їх обговорення

За даними ВООЗ репродуктивним віком вважається вік від 15 до 49 років [17]. Жінки, історії

яких були проаналізовані, підпадають під цей термін та їх середній вік становив $30,44 \pm 5,6$ років. При цьому наймолодшою була жінка з даною патологією у віці 21 рік, натомість найстарша пацієнтка - у віці 46 років. За даними літератури оваріальний резерв у жінок 35-45 років знижений на 50 % [18], тобто ендометріоз вражає жінок репродуктивного потенціалу. Однак, враховуючи сучасні тенденції до пізнього народження першої дитини проблема ендометріозної хвороби, яка часто (до 77,3%) супроводжується непліддям [9,18], набуває ще більшої актуальності.

Індекс маси тіла (ІМТ) жінок з ендометріозом дорівнював $23,04 \pm 3,87$ кг/м², що за класифікацією ВООЗ (1997р.) є нормальними показниками [19]. Однак серед групи досліджуваних жінок показники ІМТ розподілились таким чином: дефіцит маси тіла (ІМТ < 18,5 кг/м²) мали 6 жінок (9,83%), нормальну масу тіла (ІМТ 18,5-24,9 кг/м²) мали 37 жінок (60,65%), надлишкова маса тіла (ІМТ 25-29,9 кг/м²) була відмічена у 16 жінок (26,22%), ожиріння 1 ступеня (ІМТ 30-34,9 кг/м²) зареєстровано у 2 жінок (3,27%).

За даними літератури [20], ендометріоз – естроген залежне захворювання. Жінки з надлишковою масою тіла мають збільшену кількість естрогенів за рахунок ароматази, що міститься в жировій тканині та сприяє перетворенню андростендіону в естрон [21].

Жирові клітини можуть самостійно експресувати рецептори до естрогену, а саме естрогеновий рецептор α та естрогеновий рецептор β . Естрогени впливають на ліпогенез. Вони зменшують цей процес за допомогою пригнічення активності ліпопротеїналіпази [21]. Таким чином, збільшена кількість естрогенів впливає на зменшення маси тіла жінки. З проаналізованих даних, а саме невеликому відсотку жінок з ІМТ від 25 до 34,9 кг/м² можливо зробити припущення, що надлишкова маса тіла та ожиріння з присутньою при цьому гіперестрогенією є фактором ризику розвитку ендометріозу, з можливим подальшим зменшенням маси тіла за рахунок високого вмісту естрогенів при прогресуванні хвороби.

Початок менструації відмічений в діапазоні від 11 до 16 років та становив в середньому $13,04 \pm 1,07$ років. Серед цих жінок менструація в віці від 10-13 років (перша фаза пубертатного періоду) [22] розпочалась у 45 (73,7%) жінок. Пізнє настання менархе (вік початку 16 років і старше) [23] відмічено у 2 жінок, що становить лише 3,21%. Хоча є припущення, що жінки з ендометріозом мають ранній початок менархе й це вважається фактором ризику розвитку даної патології [24], однак з проведеного ретроспективного аналізу таких висновків зробити неможливо.

Тривалість менструації була від $4,67 \pm 1,44$ до $5,37 \pm 1,29$ днів. При чому менструальна кровотеча більше ніж 8 днів, а саме продовжувалась 10 днів в кожному менструальному циклі, відмічена лише у 1 жінки, що становило 1,6%. Надмірну

втрату менструальної крові відмічають 55,7% жінок, що співпадає з раніше наведеними даними інших дослідників [7,8].

Інтервал менструального циклу варіював від 21 до 32 днів, був регулярним та склав $27,6 \pm 2,31$ днів. При урахуванні нормальними показниками інтервалу менструальної кровотечі 24-38 днів [25], кількість жінок з меншим діапазоном склало 6,55 % випадків. Циклу більше 38 днів у жінок з зазначеною патологією виявлено не було.

Болісна менструація є фактором ризику ендометріїдної хвороби. На особливу увагу заслуговує з цієї точки зору питання підліткового ендометріозу. Вважається, що наявність больового синдрому у дівчаток-підлітків може в подальшому спричинити маніфестацію ендометріїдної хвороби, особливо при наявності генетично споріднених родичів з ендометріозом у таких підлітків [24].

Больові відчуття тягучого характеру під час менструації протягом перших днів менструального циклу відмічають 47,54% жінок. При чому, маніфестація менархе у цих жінок також була болісною. Посилення больового синдрому з моменту встановлення діагнозу відмічає 14 жінок, що дорівнює 48,27% випадків серед 29 жінок з ендометріозом та наявною болісною менструацією. Тобто дані стосовно взаємозв'язку між болісною першою менструацією та ініціацією хвороби можна вважати одним з факторів ризику розвитку ендометріозу. Існують дані, що посилення больових відчуттів під час менструальної кровотечі пов'язано саме з прогресуванням ендометріїдної хвороби в цілому [12].

Оцінка репродуктивного анамнезу історій хвороб жінок з ендометріозом виявило, що вагітності відмічені у 22 випадках. При чому серед них 4 жінки (18,18%) мали 3 вагітності в анамнезі, 6 жінок (27,27%) – 2 вагітності, 12 жінок (54,54%) - 1 вагітність.

Невиношування вагітності, причиною якого при ендометріозі є дисбаланс імунної відповіді у фолікулярній та перитонеальній рідині [26], у вигляді одного самовільного викидню зафіксовано у 2 жінок (9,09%). Однак за існуючою теорією настання вагітності є одним з методів зменшення проявів ендометріозу [27]. Це підтверджуються й даними нашого аналізу. У вказаних жінок після випадку самовільного викидню наступали вагітності, що не переривались. Тобто, хоча ендометріїдну хворобу й було діагностовано в подальшому, наявні дані вказують саме на зменшення ендометріїдних факторів невиношування після настання першої вагітності.

Пологи через природні статеві шляхи відмічені у 16 (72,72%) жінок, закінчення вагітності шляхом кесаревого розтину наявні в анамнезі у 2 жінок (9,09%), штучне переривання вагітності в малих термінах було у 7 (31,81%) жінок.

Непліддя при ендометріозі є вагомою проблемою та має 3 основних фактори розвитку: 1 - фактори пов'язані з дисбалансом речовин, які

входять в перитонеальну рідину та впливають на овуляцію, злукова хвороба малого тазу, а також хронічне асептичне запалення, що призводить до активування макрофагів; 2 - оваріальні фактори, які виявляються змінами у ендокринній системі та якості ооцитів; 3 – резистентність до прогестерону та порушення імплантаційних здібностей ендометрію [26].

Жінки з діагностованим генітальним ендометріозом мають зменшений шанс настання вагітності, а саме на 2-10% нижче в кожному окремому менструальному циклі, ніж здорові жінки.

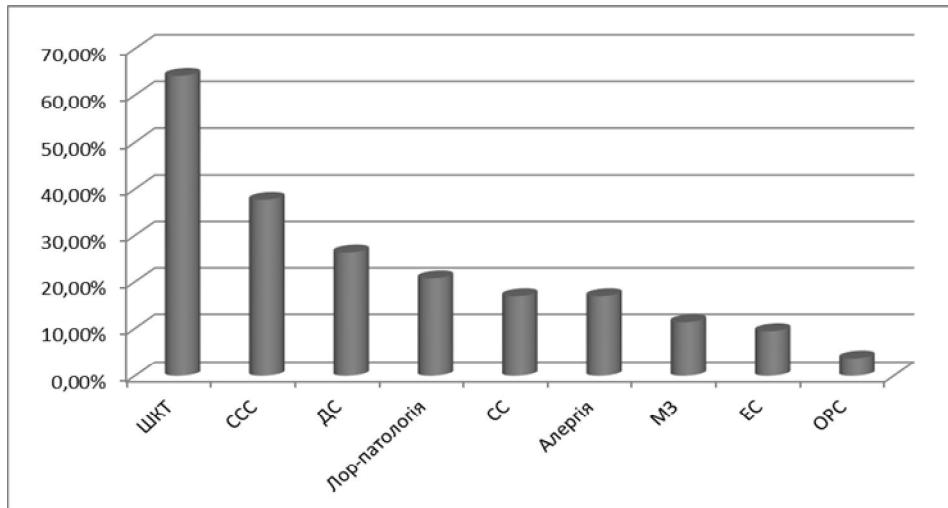
Серед жінок, хворих на ендометріоз з проблемою непліддя до гінекологічного відділення звернулось 20 жінок, що становить 32,7%. У всіх жінок вагітностей в анамнезі не було, тобто непліддя мало первинний характер. Інформація, отримана в результаті ретроспективного аналізу не суперечить даним різних авторів (частота первинного непліддя у жінок з ендометріїдною хворобою знаходиться в діапазоні від 8,6% до 77,3%) [7,9].

При оцінці положення матки в тазу виявлено, що 7 жінок (11,47%) мали ретроградне розташування матки, а саме в положенні ретрофлексію. При дослідженні інших 54 жінок (88,53%) положення матки було в антефлексію. Тобто низький відсоток даної анатомічної особливості не є фактором ризику розвитку ендометріїдної хвороби.

Проводячи оцінку соматичного анамнезу досліджуваних жінок слід зазначити, що ураження різних органів і систем було у 53 жінок (86,88%). У даної кількості жінок відмічалась патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 34 жінки (64,1%), ендокринної системи (ЕС) – 5 жінок (9,43%), серцево-судинної системи (ССС) 20 жінок (37,73%), сечовидільної системи – 9 жінок (16,98%), опорно-рухової системи (ОРС) – 2 жінки (3,77%), дихальної системи (ДС) – 14 жінок (26,41%), ЛОР – патологія – 11 жінок (20,75%), патологія молочних залоз (МЗ) – 6 жінок (11,32%), алергія – 9 жінок (16,98%).

Таким чином, патологія ШКТ серед жінок з ендометріїдною хворобою превалює та становить 64,1 % випадків серед усіх патологічних станів соматичного анамнезу. Цей факт може маскувати реальні результати засвоєння гормональної терапії та її ефективності при використанні консервативної тактики лікування ендометріозу [12].

Гінекологічної патології окрім основного захворювання в анамнезі мали 24 жінки (39,34%). Серед них відмічені: ерозія шийки матки - 9 жінок (37,5%), хронічний сальпінгофорит (як з ураженням додатків матки з однієї сторони, так і з двобічною локалізацією процесу) – 11 жінок (45,83%), однібічний гідросальпінкс – 2 жінки (8,33%), поліп слизової оболонки матки - 1 жінка (4,16%), ендометрит - 1 жінка (4,16%), цервіцит – 2 жінки (8,33%).



Мал. 1 Розподілення соматичної патології жінок з ендометріозом.

Таким чином, наявність запальних процесів органів малого тазу в анамнезі може підтверджувати роль запалення в етіології виникнення ендометріозу.

На сьогоднішній день неінвазивних достовірних методів діагностики ендометріозу не існує. Однак, в практиці широко використовується визначення онкомаркерів яєчників таких як вуглеводний антиген 125 (СА 125) [28] та людський епідідимальний протеїн 4 (HE 4) [29]. Вони можуть значно підвищуватись при тяжких формах ендометріозу [28].

При проведенні ретроспективного аналізу виявлено СА 125 визначений у 73,77% жінок із них його значення більше 35,0 Од/мл відмічено у 25 жінок. Його цінність встановлена лише у 55,5% жінок з зазначеною патологією при середньому значенні $72,56 \pm 34,8$ Од/мл. Визначення HE4 проводилось у 17 жінок (27,86%). Середній показник даного онкомаркеру становив $43,22 \pm 11,06$ пмоль/л, що входило в діапазон нормальних значень. Серед цих жінок лише в 1 випадку значення HE 4 перевищувало вікову норму та було на рівні 69,59 пмоль/л. Цікаво відмітити, що при цих показниках HE 4 у даної жінки рівень СА 125 становив лише 18,64 Од/мл.

З наведеної інформації можна зробити висновки, що діагностична цінність СА 125 - є сумнівною при ендометріїдній хворобі не тільки за рахунок відносно невеликого відсотку його підвищення, а ще й широкого спектру необхідної диференційної діагностики. Інформативність ж HE 4, як маркеру ендометріозу є взагалі близькою до нуля.

При візуалізації гінекологічної патології методом ультразвукової діагностики органів малого тазу (УЗД ОМТ) 60 жінок з ендометріїдною хворобою, що звернулись до гінекологічного відділення діагноз ендометріозу встановлений лише у 58,3% випадків. Одній жінці встановлено вище наведений діагноз за рахунок магнітно-резонансної томографії (МРТ).

У всіх жінок гістологічно був підтверджений

зовнішній генітальний ендометріоз та лише у 4 із них в сукупності з зовнішнім генітальним ендометріозом по УЗД ОМТ виставлений аденоміоз різного ступеня важкості.

УЗД ОМТ з методів неінвазивної діагностики вважається інформативним та має високу специфічність, що за даними різних авторів сягає 85% [12]. Таким чином, наявність достатнього досвіду та повноцінної інформативної обізнаності лікаря УЗД має вагоме значення. Важливо зауважити, що ендометріоз може маскуватись під іншу патологію, що також ускладнює диференційну діагностику даного захворювання [9,30].

Терапія ендометріозу поділяється на консервативну та оперативну [3]. Перед оперативним лікуванням 31 жінці (50,81%) була обрана консервативна тактика ведення. Протизапальне лікування загалом отримувала 21 жінка, гормональні препарати – 20 жінок. Прийом й запальної й гормональної терапії в різні періоди дооперативного лікування отримували 11 жінок. Однак, консервативна терапія, незважаючи на різні схеми лікування, ефекту не дала.

Під час проведення оперативного лікування лапароскопічним доступом видимі ендометріїдні гетеротопії були наявні у 50 жінок - 81,96%, а у 18,04% ендометріоз ендоскопічно не діагностований, але гістологічно підтверджений у 100% випадків. Це можливо пояснити тим, що наявні випадки є початковою стадією захворювання або ендометріїдні гетеротопії мали нетипове розташування.

Таким чином, гістологія – є єдиним достовірним методом підтвердження діагнозу.

Звертає на себе увагу наявність злукового процесу органів малого тазу (ЗПОМТ) у 46 жінок – 75,4%. Хоча оперативні порожнинні втручання лише у 22 жінок (47,82%). Злуковий процес оцінювався за допомогою класифікації аднексальних злук Американського суспільства фертильності [31]. Таким чином 1 ступеня ЗПОМТ не було, 2 ступінь діагностувався у 4 жінок (8,69%) 2-3 ступінь був у 6 жінок (13,04%), 3 ступінь діагнос-

тувався у 5 жінок (10,86%), 3-4 ступінь – у 19 жінок (41,30%), 4 ступінь - у 12 жінок (26,08%). Злуковий процес при ендометріозі сприяє виникненню й посиленню больових відчуттів під час менструацій [12], а також є однією з причин рецидування ендометріозу [32]. З цього можна зробити висновок, що ендометріоз – захворювання з запальною етіологією, який провокує утворення злук навіть при відсутності запальних процесів органів малого тазу в анамнезі та оперативних втручань.

Висновки

Ендометріоз - захворювання, яке у 21 столітті не має єдиної точки зору щодо його першопричини та етіологічних факторів. Його загальна поширеність серед жіночого населення становить 10 %, а серед жінок репродуктивного віку досягає 70% та все дедалі збільшується. Важка клінічна симптоматика, неможливість повноцінного використання неінвазивних методів діагностики у визначенні проблеми та відсутність комплексного лікування, яке б після курсу лікування забезпечувало відсутність рецидування, наполегливо змушують вчених та лікарів поглиблювати свої знання та шукати методи вирішення поставлених задач даної патології.

Література

1. Unanyan AL. Endometrioz i reproduktivnoe zdorov'ye zhenshchin [Endometriosis and women's reproductive health]. Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivna.2010; 4(3):6-11. (Russian).
2. Baranov VS. Endometrioz kak problema sistemnoy genetiki [Endometriosis as a problem of systemic genetics]. Zhurnal" akušerstva i Ženskikh" boléznei. 2013; LXII(1):71-78. (Russian).
3. Zaporozhan VM, Tatarchuk TF, Kaminskiy VV, Boichuk AV, Bulavenko OV, Vdovychenko YuP, et. al. Natsionalnyi konsensus shchodo vedennia patsientok iz endometriozom [National consensus on the management of patients with endometriosis]. Reproduktivna endokrynolohiia. 2015 Ver; 4 (24):7-12. (Ukrainian).
4. Ruzhenkov VA, Shvets KN. Mediko-psikhologicheskie kharakteristiki i psikhologicheskie rasstroystva pri genital'nom endometriozе (rasprostranennost', klinika i terapiya) [Medical and psychological characteristics and psychological disorders in case of genital endometriosis (prevalence, clinic and therapy)]. Nauchnye vedomosti BelGU. Ser.: Meditsina. Farmatsiya. 2016; 35(19):23-29. (Russian).
5. Bogatova IK, Semenova OK. Psihologicheskie osobennosti zhenshchin s genital'nym endometriozom [Psychological characteristics of women with genital endometriosis]. Vestnik novykh medicinskih tekhnologiy.2008;XV(1):61-63. (Russian).
6. Veropotvetyan PN, Guzhevskaya IV, Veropotvetyan NP. Endometrioz u patsientok s otsrochennoy beremennost'yu, stradayushikh besplodiem [Endometriosis in women with delayed pregnancy and infertility]. Zdorov'ye zhenshchiny.2012; 5(71):155-159. (Russian).
7. Pechenikova VA, Kostyuchek DF, Durasova EN. Kliniko-morfologicheskie i citofunktsional'nye osobennosti endometriozia yaichnikov [Clinical, morphological and functional features of ovarian endometriosis]. Zhurnal" akušerstva i Ženskikh" boléznei. 2010; LXI(5): 110-117. (Russian).
8. Unanyan AL, Sidorova IS, Kogan EA. Aktivnyy i neaktivnyy adenomioz: kliniko-morfologicheskie varianty razvitiya, differentsirovanny podkhod k terapii [Active and inactive adenomyosis: clinical and morphological developmental options, differential approach to therapy]. Akusherstvo Ginekologiya Reproduktivna.2012; 6(2):25-30. (Russian).
9. Padrul' MM, Shirokina EV, Makhmudova SE. Problema diagnostiki endometriozia v ramkakh sistemnogo zaboлевaniya [The problem of diagnosing endometriosis in the framework of a systemic disease]. Permskiy meditsinskiy zhurnal. 2018; XXXV(1):21-26. (Russian).
10. Celjuba EA, Belokrinickaja TE. Kliniko-anamnesticheskaja kharakteristika i citokinoviy status patsientok s genital'nym endometriozom [clinical and anamnestic characteristics and cytokine status of patients with genital endometriosis]. Mat' i ditya v Kuzbasse.2012;S1: 133-135. (Russian).

11. Zaynetdinova LF, Telesheva LF, Shamaeva TN, Koryaushkina AV. Kliniko-anamnesticheskie osobennosti u zhenshchin s naruzhnym genital'nym endometriozom [Clinical and anamnestic features in women with external genital endometriosis]. Chelovek. Sport. Meditsina. 2017;17 (2):52-61. (Russian).
12. Yarmolinskaya MI, Rusina EI, Khachatryan AR, Florova MS. Klinika i diagnostika genital'nogo endometriozia [Clinic and diagnosis of genital endometriosis]. Zhurnal" akušerstva i Ženskikh" boléznei. 2016; LXV (5):4-21. (Russian).
13. Leopakorn S,Huang KG. Polypoid endometriosis of urinary bladder. Gynecol Minim Invasive Ther. 2018;7:86-87. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_18_18
14. Popov AA, Manannikova TN, Chanturija TZ, Ramazanov MR, Fedorov AA, Slobodjanjuk BA. Sravnitel'nyy analiz (sluchaj-kontrol') razlichnykh form endometrioidnoy bolezni [Comparative analysis (case-control) of various forms of endometrioid disease]. Kubanskiy nauchnyy medicinskiy vestnik 2012;4(133):86-88. (Russian).
15. Andreeva EN, Gavrilova EF. Genital'nyy endometrioz: puti resheniya problemy v XXI veke [Genital endometriosis: solutions to the problem in the 21st century]. Vestnik reproduktivnogo zdorov'ya.2011; 2:3-10. (Russian).
16. Dubasova ISh. Endometrioz kak chastaya patologiya v ginekologii [Endometriosis as a frequent pathology in gynecology].Vestnik KazNMU.2013;3(2):13-14. (Russian).
17. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Zhenshchiny i zdorov'ye. [Internet]. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Zhenshchiny i zdorov'ye [Women and Health]. 2018. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/women-s-health> (Russian)
18. Selent'yeva AA. Opredelenie ovarial'nogo rezerva u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta [Determination of ovarian reserve in women of the late reproductive period]. Forcipe.2019;2 (S):167-168. (Russian).
19. Pan'kiv VI. Ozhirenie [Obesity]. Mezhdunarodnyy endokrinologicheskiy zhurnal.2013;5(53):150-156. (Russian).
20. Hryshchenko VI, Shcherbyna MO. Akusherstvo i Hinekologija. Kn.2:Hinekologija: pidruchnyk [Obstetrics and Gynecology. Book 2: Gynecology: a textbook]. Kyiv: VSV «Medytsyna»; 2011. 376s. (Ukrainian).
21. Sulaeva ON, Belemets NI. Polovye osobennosti regulatsii zhirovoy tkani [Sexual characteristics of adipose tissue regulation]. Klinichna endokrynolohiia ta endokryna khirurhiia . 2017; 4(60): 11-19. (Russian).
22. Likhachov VK. Hinekologija: kerivnytstvo dlia likariv [Gynecology: a guide for doctors]. Vinnytsia: Nova Knyha; 2018. 688 s. (Ukrainian).
23. Kamaeva TR. Osobennosti reproduktivnogo statusa u zhenshchin s genital'nym endometriozom [Features of reproductive status in women with genital endometriosis]. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal(Irkutsk). 2004;47(6):51-53. (Russian).
24. Karakhalis LYu, Mayorova A-M.V, Klimova SV, Penzhoyan GA. Sravnitel'nyy analiz menstrual'noy funktsii patsientok s endometriozom i devushek, rozhdennykh ot matery s endometriozom [Comparative analysis of the menstrual function of patients with endometriosis and girls born to mothers with endometriosis]. Zhurnal" akušerstva i Ženskikh" boléznei. 2016; LXV(S): 48-49. (Russian).
25. Nakaz MOZ Ukrainy № 353 vid 13.04.2016. Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy: «anomalni matkovi krvotечи» [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care: «abnormal uterine bleeding»]. (Ukrainian).
26. Yarmolinskaya MI, Denisova VM. Znachenie genital'nogo endometriozia v patogeneze besplodiya [The importance of genital endometriosis in the pathogenesis of infertility]. Zhurnal" akušerstva i Ženskikh" boléznei. 2013;LXII(6):67-77. (Russian).
27. Denisova VM, Yarmolinskaya MI. Naruzhnyy genital'nyy endometrioz i beremennost': razlichnye grani problemy [External genital endometriosis and pregnancy: various facets of the problem]. Zhurnal" akušerstva i Ženskikh" boléznei.2015; LXIV(1):44-52. (Russian).
28. Novikova EI, Barinov SV, Mozgovoy SI, Vasilenko LN. Novye podkhody k diagnostike genital'nogo endometriozia [New approaches to the diagnosis of genital endometriosis]. Omskiy nauchnyy vestnik. 2012; 1(108):46-48. (Russian).
29. Ulrich U, Buchweitz O, Greb R, Keckstein J, I von Leffern, Oppelt P et al. National German Guideline (S2K). Guideline for Diagnosis and Treatment of Endometriosis, AWMF Registry No 015-045. Geburtsh Frauenheilk. 2014; 74:1104-1118. doi: 10.1055/s-0034-1383187
30. Davidov MI, Ponomareva TB. Endometrioz pod maskoy raka mochevogo puzыrya (obzor literatury i opisaniye trekh sobstvennykh nablyudenyi) [Endometriosis in the guise of bladder cancer (literature review and description of three own observations)]. Onkourologiya. 2016;12(1):90-96. (Russian).
31. The American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal

occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil. Steril.* 1988; 49(6): 944-955. DOI:10.1016/s0015-0282(16)59942-7

32. 32. Barinov SV, Novikova EI, Vasilenko LN. Znachenie klinicheskikh faktorov riska retsidiva naruzhnogo genital'nogo endometrioza [The significance of clinical risk factors for recurrence of external genital endometriosis]. *Mat' i ditya v Kuzbasse.* 2013; 4(55):45-48. (Russian).

Реферат

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ ПРОБЛЕМА, РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ.

Орлова Ю.А., Мартыненко В.Б.

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, эндометриозидная болезнь, бесплодие, болевой синдром.

В изложенной статье раскрывается вопрос сложной гинекологической полиэтиологической патологии - эндометриозидной болезни. Общий охват данной патологии среди женщин составляет 10%, при распространении среди репродуктивной части женщин до 70%. Многообразие и выраженность клинической симптоматики ухудшает не только физическое состояние женщины, но и эмоциональное. На сегодняшний день, сложности в диагностике и лечении описанной патологии вызывают ряд проблем без решения. Таким образом эндометриоз является перспективным направлением изучения, а актуальность данной проблемы не вызывает сомнения. Целью исследования было: охарактеризовать особенности анамнеза и симптоматики женщин с эндометриозом, определить диагностическую ценность проведенных методов обследования, оценить эффективность лечебных тактик женщин с указанной патологией. Для выполнения поставленной цели исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезней 61 женщины с эндометриозом, который в 100% был подтвержден гистологически. Средний возраст исследуемых женщин $30,44 \pm 5,6$ лет. Индекс массы тела равен $23,04 \pm 3,87$ кг / м². Избыточная масса тела была отмечена у 16 женщин (26,22%), ожирение 1 степени зарегистрировано у 2 женщин (3,27%). Начало менструации составляло в среднем $13,04 \pm 1,07$ лет. Позднее наступление менархе отмечено у 2 женщин (3,21%). Продолжительность менструации была от $4,67 \pm 1,44$ до $5,37 \pm 1,29$ дней. Кровотечение более 8 дней отмечено у 1 женщины. Чрезмерную потерю менструальной крови отмечали 55,7% женщин. Интервал менструального цикла варьировал от 21 до 32 дней, был регулярным и составил $27,6 \pm 2,31$ дней. Болевые ощущения во время менструации фиксировали 47,54% женщин. Усиление болевого синдрома с момента установления диагноза отмечали 14 женщин, равное 48,27% случаев среди 29 женщин с эндометриозом и имеющейся болезненной менструацией. Беременности отмечены в 22 случаях. Невынашивание беременности зафиксировано у 2 женщин (9,09%). Бесплодие имели 20 женщин, что составляет 32,7%. Бесплодие имело первичный характер. При оценке положения матки в тазу выявлено, что 7 женщин (11,47%) имели ретроградное расположения матки, а именно в положении ретрофлексию. Проводя оценку соматического анамнеза исследуемых женщин, следует отметить, что поражение различных органов и систем было у 53 женщин (86,88%). Наибольшее количество соматической патологии отмечено среди патологии желудочно-кишечного тракта - 64,1%. Гинекологическую патологию, кроме основного заболевания в анамнезе, имели 24 женщины (39,34%). СА 125 определен у 73,77% женщин из них его значение больше 35,0 Ед / мл отмечено у 25 женщин. Его ценность установлена лишь у 55,5% женщин. Определение HE4 проводилось у 17 женщин (27,86%). Среди этих женщин лишь в 1 случае значение HE 4 превышало возрастную норму, и было на уровне 69,59 пмоль / л. При ультразвуковом методе диагностики эндометриоз установлен лишь в 58,3% случаев. Одной женщине установлен выше приведенный диагноз при помощи магнитно-резонансной томографии. Терапия эндометриоза делится на консервативную и оперативную. Перед оперативным лечением 31 женщине (50,81%) была выбрана консервативная тактика ведения - без эффекта. При проведении оперативного лечения лапароскопическим доступом видимые эндометриозидные гетеротопии имелись у 50 женщин - 81,96%, а в 18,04% эндометриоз эндоскопически не диагностирован, хотя гистологически подтвержден в 100% случаев. Обращает на себя внимание наличие спаечного процесса органов малого таза у 46 женщин - 75,4%. Хотя оперативные полостные вмешательства были только у 22 женщин (47,82%). Таким образом, эндометриоз - заболевание, которое в 21 веке не имеет единой точки зрения относительно его первопричины и этиологических факторов. Тяжелая клиническая симптоматика, невозможность полноценного использования неинвазивных методов диагностики в определении проблемы и отсутствие комплексного лечения, которое бы после курса лечения обеспечивало отсутствие рецидива, настойчиво заставляют ученых и врачей углублять свои знания и искать методы решения поставленных задач данной патологии.

Summary

ENDOMETRIOSIS AS A GLOBAL MULTI-LEVEL PROBLEM: RETROSPECTIVE CHARACTERISTIC OF PATIENTS.

Orlova Yu.A., Martynenko V.B.

Key words: endometriosis, adenomyosis, endometrioid disease, infertility, pain syndrome.

The article outlines the issue of endometrioid disease, known as a complex gynecological polyetiological pathology. The total coverage of this pathology among women is 10%, with its spread up to 70% among women of reproductive age. The diversity and severity of clinical symptoms worsen not only the physical condition of the woman, but emotional status as well. To date, complicacy in the diagnosis and treatment of the disease gives raise a number of challenges requiring solution. Thus, endometriosis is still remaining a

promising area of study, The aim of this study was to characterize the features of the anamnesis and symptoms of women with endometriosis, to determine the diagnostic value of the examination methods, to evaluate the effectiveness of the treatment tactics of women with this pathology. We carried out a retrospective analysis of case histories of 61 women with endometriosis. The diagnosis was 100% histologically confirmed. The average age of the women studied was $30,44 \pm 5,6$ years. Body mass index was $23,04 \pm 3,87$ kg / m². 16 women (26.22%) were diagnosed as overweight; 1st degree obesity was found in 2 women (3,27%). The onset of menstruation averaged $13,04 \pm 1,07$ years. Late onset of menarche was found out in 2 women (3,21%). The duration of menstruation ranged from $4,67 \pm 1,44$ to $5,37 \pm 1,29$ days with 1 reported case of menstrual bleeding for more than 8 days. 55,7% of women reported excessive menstrual blood loss. The interval of the menstrual cycle ranged from 21 to 32 days, was regular and amounted to $27,6 \pm 2,31$ days. 47,54% of women experienced pain during menstruation. The increasing intensity of the pain syndrome from the moment of diagnosis was noted by 14 women, that made up to 48,27% of cases among 29 women with endometriosis and painful menstruation. There were 22 cases of pregnancy; miscarriages were recorded in 2 women (9,09%). 20 women (32,7%) had infertility, and in all the cases infertility was primary. When assessing the position of the uterus in the pelvis, it was revealed that 7 women (11,47%) had a retrograde uterine location, namely in the retroflexio position. When assessing the somatic history of the women studied, we noted that insult of various organs and systems was revealed in 53 women (86,88%). Top list is occupied by the gastrointestinal diseases, 64,1% of 53 studied cases. In addition to the underlying disease, 24 women (39,34%) had a history of gynaecological pathology. Carbohydrate antigen 125 was determined in 73,77% of cases, but only in 25 of these women this level was higher than 35.0 U / ml. Its value was established only in 55,5% of women. The detection of human epididymal protein 4 was carried out in 17 women (27,86%). Among these women, only in 1 case the level of human epididymal protein 4 exceeded the age normal values and was at the level of 69,59 pmol / L. By ultrasound diagnostic method, endometriosis was established only in 58,3% of cases. One woman was diagnosis to have endometriosis during magnetic resonance imaging. Therapy of endometriosis is divided into conservative and surgical. Before surgical treatment, 31 women (50,81%) were chosen for conservative management tactics, resulted in no effect. During surgical treatment with laparoscopic access, visible endometrioid heterotopies were observed in 50 women (81,96%), and in 18,04% endometriosis was not endoscopically diagnosed, while histologically was confirmed in 100% of cases. It is noteworthy that 46 women (75,4%) had adhesions of the pelvic organs, but only 22 women (47,82%) had had any surgical abdominal interventions before. Thus, endometriosis is a disease, which can not be described from a single unified point of view regarding its etiological factors. Severe clinical symptoms, the inability to use only non-invasive diagnostic methods for diagnosis, and the lack of comprehensive treatment that would provide the absence of relapse after the course of treatment, persistently force researchers and clinicians to deepen their knowledge and continue searching for methods to solve the problems of early diagnosis, treatment and prevention of the disease.