

УДК 618.14

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/115/36>

СОЧЕТАНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

©*Арзиева Н. Н., Салымбеков университет, г. Бишкек, Кыргызстан*
©*Атыканов А. О., ORCID: 0000-0003-0109-6676, SPIN-код: 5374-9842, д-р мед. наук,*
Салымбеков университет, г. Бишкек, Кыргызстан, a.atykanov@gmail.com

COMBINATION OF GENITAL ENDOMETRIOSIS WITH REPRODUCTIVE SYSTEM PATHOLOGIES IN WOMEN

©*Arzieva N., Salymbekov University, Bishkek, Kyrgyzstan*
©*Atykanov A., ORCID: 0000-0003-0109-6676, SPIN-code: 5374-9842, Dr. habil.,*
Salymbekov University, Bishkek, Kyrgyzstan, A.Atykanov@gmail.com

Аннотация. Представлены данные обследования и лечения 199 женщин репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом генитальный эндометриоз. Исследования показали, что только у 15% женщин в диагнозе присутствовал изолированный наружный генитальный эндометриоз, а у 2 женщин внутренний генитальный эндометриоз (аденомиоз). Среди патологий репродуктивной системы чаще всего наблюдалось сочетание с наличием миоматозных узлов, полипов (27,1%), спаечным процессом в малом тазу и непроходимостью маточных труб (21,1%), кистозных образований яичников (17%), гиперпластическими процессами эндометрия, шейки матки, половых губ (13%). Эндометриоз сопровождается в 21,6% случаев первичным бесплодием. Эндометриотические очаги в основном локализовались в яичниках (74,3%). Сочетанная патология эндометриоза и других заболеваний репродуктивной системы затрудняет диагностику, восстановление репродуктивной функции и исходы.

Abstract. This study presents the examination and treatment outcomes of 199 women of reproductive age with a verified diagnosis of genital endometriosis. The research showed that isolated external genital endometriosis was diagnosed in only 15% of the cases, while internal genital endometriosis (adenomyosis) was observed in 2 women. Among the reproductive system pathologies, the most common comorbid conditions were uterine fibroids and polyps (27.1%), pelvic adhesions and fallopian tube obstruction (21.1%), ovarian cystic formations (17%), and hyperplastic processes of the endometrium, cervix, and labia (13%). Endometriosis was associated with primary infertility in 21.6% of cases. Endometriotic lesions were mainly localized in the ovaries (74.3%). The combination of endometriosis with other reproductive system pathologies complicates diagnosis, the restoration of reproductive function, and treatment outcomes.

Ключевые слова: женщины, репродуктивная система, генитальный эндометриоз, лапароскопия.

Keywords: women, reproductive system, genital endometriosis, laparoscopy.

Эндометриоз на сегодня остается одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии. Установлено, что эндометриоз поражает до 5% популяции женщин, а частота встречаемости тяжелых форм увеличивается с возрастом. Медико-социальная значимость заболевания обусловлена тем, что эндометриоз поражает в основном женщин

репродуктивного возраста, но в последние годы все чаще встречается у девочек-подростков в период становления менструального цикла [5, 7].

Основные проблемы эндометриоза связаны с сочетанием с другими заболеваниями репродуктивной системы. Это затрудняет клиническую картину, диагностику и снижает эффективность лечения. Так, диагностическая сложность связана с тем, что симптоматика эндометриоза может маскироваться под другие гинекологические заболевания (миому, воспалительные и спаечные процессы и др.) [4, 8]. Поэтому часто требуется комплексная диагностика, включающая УЗИ, МРТ, лапароскопия, гистологическое исследование. При этом возможны диагностические ошибки и поздняя постановка диагноза, что ведет к прогрессированию заболевания. При сочетании эндометриоза с миомой матки боли становятся более интенсивными, а при хроническом эндометрите боль приобретает постоянный характер [12, 13]. Эндометриоз в сочетании с поликистозом яичников приводит к стойким нарушениям овуляции [10].

При трубно-перитонеальном факторе бесплодия спаечный процесс значительно снижает вероятность наступления беременности в сочетании с эндометриозом, особенно при наружном генитальном эндометриозе (НГЭ). У 40% больных с аденомиозом обнаруживают спайки в области ребер матки и позадиматочного пространства. Для эндометриоза характерно образование спаек между органами малого таза, а также возможна спаечная деформация фимбрий, в результате чего нарушается доступ овулировавшей яйцеклетки. Возможна также полная изоляция яичников перивариальными спайками [1, 3].

Наличие гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) при эндометриозе существенно ухудшают имплантацию эмбриона, снижая эффективность экстракорпорального оплодотворения. С другой стороны наличие миомы матки усложняет выбор тактики гормонального лечения, так как они имеют общий патологический механизм — гиперэстрогению. Присутствие синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и эндометриоз может сопровождаться гиперандрогенией, что потребует индивидуального подхода в терапии [2, 6, 7, 9, 11].

Таким образом, сочетание генитального эндометриоза (ГЭ) с другими патологиями репродуктивной системы требуют особого подхода в диагностике и лечении. Возникает необходимость комплексного обследования, индивидуальный подбор терапии и мультидисциплинарный подход для улучшения прогноза и качества жизни пациенток. Необходимость проведения настоящих исследований обусловлена наличием противоречивых и неоднозначных данных о сочетании ГЭ с другими заболеваниями репродуктивной системы.

Цель работы — определить наличие при эндометриозе сочетанной патологии репродуктивной системы у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы

В качестве объекта исследования явились 199 женщин репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом — генитальный эндометриоз. Средний возраст женщин составил $27,1 \pm 4,5$ лет. Пациентки поступили в стационар на оперативное лечение методом лапароскопии и гистерорезектоскопии. Диагноз заболевания устанавливался на основании использования клинических данных, ультразвукового исследования органов малого таза, определения содержания половых гормонов в крови, лечебно-диагностической лапароскопии, гистероскопии, гистологического исследования биоптата. Результаты представлены в абсолютных и процентных значениях.

Результаты и обсуждение

Под наблюдением находилось 199 женщин репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом — генитальный эндометриоз. Из числа обследованных и пролеченных женщин у 15% 30 женщин) в диагнозе присутствовал изолированный НГЭ, а у 1% (2 женщины) — внутренний генитальный эндометриоз (аденомиоз). Следовательно у большинства женщин (167) диагностирована сочетанная патология репродуктивной системы (Таблица 1).

Таблица 1

СТРУКТУРА СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ГЭ

Наименование патологии	Абсолютные значения	%
Изолированный НГЭ	30	15
Изолированный аденомиоз	2	1
Миома, полип матки	54	27,1
Спаечный процесс в малом тазу и непроходимость маточных труб	42	21,1
Кистозные образования яичников	34	17
ГПЭ	26	13
Другая патология	10	5

Эндометриоз больше всего сочетался с наличием миоматозных узлов, полипов матки — 54 женщины (27,1%). Далее в количественном отношении присутствовали такие патологические состояния как, спаечный процесс в малом тазу с непроходимостью маточных труб — 42 женщины (21,1%), кистозные образования яичников — 34 женщины (17%), гиперпластические процессы эндометрия, шейки матки, половых губ — 26 женщин (13%). Остальные патологические образования репродуктивной системы (поликистоз яичника, синехии, хронический сальпингоофорит, эндометрит) присутствовали у 10 женщин (5%).

Из данных Таблицы 2 видно, что эндометриoidные очаги в основном локализовались в яичниках в виде кист (74,3%), но в большинстве случаев поражался только один яичник — 97 женщин (48,7%), а в 25,6% случаев (51 женщина) кистозные образования были двухсторонними. В 24,6% случаев (49 женщин) эндометриоз поражал брюшину позадиматочного пространства, область прилежащей к прямой кишке, а в одном случае (0,5%) локализовался и в маточной трубе.

Аденомиоз диагностирован у 67 женщин (33,6%). Следует отметить, что среди обследованных женщин, ГЭ сопровождался в 21,6% случаев (43 женщин) первичным бесплодием.

Из анамнестических данных следовало, что начало развития эндометриоза в большинстве случаев (29 женщин) начиналось с периода становления менструального цикла.

Таблица 2

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ОЧАГОВ

Локализация очагов	Абсолютные значения	%
Эндометриоз одного яичника	97	48,7
Эндометриоз обоих яичников	51	25,6
Эндометриоз брюшины позадиматочного пространства, прямой кишки	49	24,6
Аденомиоз	67	33,6

Из представленных данных следует, что ГЭ в подавляющем большинстве случаев сочетается с патологическими образованиями репродуктивной системы, которые являются

следствием формирования гормональных нарушений, предшествующих оперативных вмешательств и воспалительных заболеваний половых органов. Это в свою очередь окажет существенный отпечаток на процессы диагностики заболевания, восстановления репродуктивной функции при проведении лечебно-профилактических мероприятий и, в первую очередь восстановления фертильности. Все это в конечном итоге окажет существенное влияние на исходы такой сочетанной патологии.

Вывод

Генитальный эндометриоз в 84% случаев сочетается с патологией репродуктивной системы, среди которых наибольшее число приходится на миомы и полипы матки, спаечных процессов в малом тазу с непроходимостью маточных труб, кисты яичников не эндометриозной природы, ГПЭ.

Список литературы:

1. Баранов Г. А., Карбовский М. Ю., Василенко О. Ю. Особенности иммунного статуса при спаечной болезни брюшной полости // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. №12. С. 27-30.
2. Беженарь В. Ф., Калугина А. С., Маколкин А. А. Сочетание наружного генитального эндометриоза и синдрома поликистозных яичников в структуре женского бесплодия // Акушерство и гинекология. 2020. №11. С. 20-25. <https://doi.org/10.18565/aig.2020.11.20-25>
3. Кулаков В. И., Сухих Г. Т., Назаренко Т. А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Демчик О. А., Самудинова С. Т., Анфиногенова Е. А. Эндометриоз шейки матки, как маркер дисгормональных заболеваний женской репродуктивной системы // Инновации в медицине и фармации-2018. 2018. С. 128-131.
5. Качалина Т. С., Семерикова М. В., Стронгин Л. Г. Современные представления о патогенезе наружного генитального эндометриоза // Современные технологии в медицине. 2011. №1. С. 117-122.
6. Леваков С. А., Хамошина М. Б. Эндометриоз: мировой прорыв в медикаментозном лечении. М.: Status Praesens. 2012.
7. Маржевская А. М., Рищук С. В., Гусев С. Н., Татарова Н. А. Репродуктивные нарушения у больных эндометриозом: этиология, патогенез, возможности коррекции // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. 2014. №3. С. 1.
8. Оразов М. Р., Радзинский В. Е., Волкова С. В., Хамошина М. Б., Михалева Л. М., Абитова М. З., Шустова В. Б. Хронический эндометрит у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием // Гинекология. 2020. Т. 22. №3. С. 15-20. <https://doi.org/10.26442/20795696.2020.3.200174>
9. Оразов М. Р., Хамошина М. Б., Михалева Л. М., Волкова С. В., Абитова М. З., Шустова В. Б., Хованская Т. Н. Молекулярногенетические особенности состояния эндометрия при эндометриозассоциированном бесплодии // Трудный пациент. 2020. Т. 18. №1-2. С. 23-32. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2020-10005>
10. Brosens I., Benagiano G. Endometriosis, a modern syndrome // Indian Journal of Medical Research. 2011. V. 133. №6. P. 581-593.
11. Leyendecker G., Wildt L. A new concept of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair (TIAR) // Hormone molecular biology and clinical investigation. 2011. V. 5. №2. P. 125-142. <https://doi.org/10.1515/HMBCI.2011.002>

12. Liu Y., Ko E. Y. L., Wong K. K. W., Chen X., Cheung W. C., Law T. S. M., Chim S. S. C. Endometrial microbiota in infertile women with and without chronic endometritis as diagnosed using a quantitative and reference range-based method // *Fertility and sterility*. 2019. V. 112. №4. P. 707-717. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.05.01>

13. Tai F. W., Chang C. Y. Y., Chiang J. H., Lin W. C., Wan L. Association of pelvic inflammatory disease with risk of endometriosis: a nationwide cohort study involving 141,460 individuals // *Journal of clinical medicine*. 2018. V. 7. №11. P. 379. <https://doi.org/10.3390/jcm7110379>

References:

1. Baranov, G. A., Karbovskii, M. Yu., & Vasilenko, O. Yu. (2010). Osobennosti immunnogo statusa pri spaechoi bolezni bryushnoi polosti. *Khirurgiya. Zhurnal im. NI Pirogova*, (12), 27-30. (in Russian).

2. Bezhenar', V. F., Kalugina, A. S., & Makolkin, A. A. (2020). Sochetanie naruzhnogo genital'nogo endometrioza i sindroma polikistoznykh yaichnikov v strukture zhenskogo besplodiya. *Akusherstvo i ginekologiya*, (11), 20-25. (in Russian). <https://doi.org/10.18565/aig.2020.11.20-25>

3. Kulakov, V. I., Sukhikh, G. T., & Nazarenko, T. A. (2010). Besplodnyi brak. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu: rukovodstvo dlya vrachei. Moscow. (in Russian).

4. Demchik, O. A., Samudinova, S. T., & Anfinogenova, E. A. (2018). Endometrioz sheiki matki, kak marker disgormonal'nykh zabolevanii zhenskoj reproduktivnoi sistemy. In *Innovatsii v meditsine i farmatsii-2018* (pp. 128-131). (in Russian).

5. Kachalina, T. S., Semerikova, M. V., & Strongin, L. G. (2011). Sovremennye predstavleniya o patogeneze naruzhnogo genital'nogo endometrioza. *Sovremennye tekhnologii v meditsine*, (1), 117-122. (in Russian).

6. Levakov, S. A., & Khamoshina, M. B. (2012). Endometrioz: mirovoi proryv v medikamentoznom lechenii. Moscow. (in Russian).

7. Marzhevskaya, A. M., Rishchuk, S. V., Gusev, S. N., & Tatarova, N. A. (2014). Reproktivnye narusheniya u bol'nykh endometriozom: etiologiya, patogenez, vozmozhnosti korrektsii. *Byulleten' Orenburgskogo nauchnogo tsentra UrO RAN*, (3), 1. (in Russian).

8. Orazov, M. R., Radzinskii, V. E., Volkova, S. V., Khamoshina, M. B., Mikhaleva, L. M., Abitova, M. Z., & Shustova, V. B. (2020). Khronicheskii endometrit u zhenshchin s endometrioz-assotsirovannym besplodiem. *Ginekologiya*, 22(3), 15-20. (in Russian). <https://doi.org/10.26442/20795696.2020.3.200174>

9. Orazov, M. R., Khamoshina, M. B., Mikhaleva, L. M., Volkova, S. V., Abitova, M. Z., Shustova, V. B., & Khovanskaya, T. N. (2020). Molekulyarnogeneticheskie osobennosti sostoyaniya endometriya pri endometriozassotsirovannom besplodii. *Trudnyi patsient*, 18(1-2), 23-32. (in Russian). <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2020-10005>

10. Brosens, I., & Benagiano, G. (2011). Endometriosis, a modern syndrome. *Indian Journal of Medical Research*, 133(6), 581-593.

11. Leyendecker, G., & Wildt, L. (2011). A new concept of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair (TIAR). *Hormone molecular biology and clinical investigation*, 5(2), 125-142. <https://doi.org/10.1515/HMBCI.2011.002>

12. Liu, Y., Ko, E. Y. L., Wong, K. K. W., Chen, X., Cheung, W. C., Law, T. S. M., ... & Chim, S. S. C. (2019). Endometrial microbiota in infertile women with and without chronic endometritis as diagnosed using a quantitative and reference range-based method. *Fertility and sterility*, 112(4), 707-717. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.05.01>

13. Tai, F. W., Chang, C. Y. Y., Chiang, J. H., Lin, W. C., & Wan, L. (2018). Association of pelvic inflammatory disease with risk of endometriosis: a nationwide cohort study involving 141,460 individuals. *Journal of clinical medicine*, 7(11), 379. <https://doi.org/10.3390/jcm7110379>

Конфликт интересов: авторы не имеют конфликт интересов.

*Работа поступила
в редакцию 09.04.2025 г.*

*Принята к публикации
17.04.2025 г.*

Ссылка для цитирования:

Арзиева Н. Н., Атыканов А. О. Сочетание генитального эндометриоза с патологией репродуктивной системы у женщин // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №6. С. 283-288. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/115/36>

Cite as (APA):

Arzieva, N., & Atykanov, A. (2025). Combination of Genital Endometriosis with Reproductive System Pathologies in Women. *Bulletin of Science and Practice*, 11(6), 283-288. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/115/36>