

Особенности локализации, частоты встречаемости и сочетанности эндометриоидных поражений при рецидивирующем наружном генитальном эндометриозе

Ф. Т. Алиева¹, ORCID: 0000-0003-1789-9182, fereh.aliyeva.95@mail.ru

Д. В. Брюнин², ORCID: 0000-0002-5969-4217, mic_amu@mail.ru

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, 8/2

² Клиника акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева; 119435, Россия, Москва, ул. Еланского, 2, стр. 1

Резюме. Эндометриоз является хроническим, дисгормональным, иммунозависимым заболеванием с характерным разрастанием ткани, схожей по морфологическому строению с эндометрием и располагающейся за пределами слизистой оболочки эндометрия. Исследование предпринималось с целью изучения особенностей локализаций и сочетанности эндометриоидных поражений при рецидивирующем наружном генитальном эндометриозе. Обследованы 48 больных с рецидивирующим наружным генитальным эндометриозом, средний возраст – $34,96 \pm 1,1$ года (от 19 до 50 лет). Менархе отмечалось в $13,8 \pm 1,9$ года, продолжительность менструального цикла – $28,75 \pm 0,53$ (23–45) дня, длительность менструации составила $5,65 \pm 0,17$ (3–10) дня. Начало половой жизни у больных отмечалось с $18,98 \pm 0,39$ (15–30) года. Длительность наружного генитального эндометриоза у больных с его рецидивирующими формами составила $10,0 \pm 1,41$ (9–11) года. Частота рецидива в среднем колебалась в пределах $2,02 \pm 0,44$ (1–4) года. Ремиссия в среднем длилась $6,1 \pm 0,84$ (1–15) года. Всем больным были проведены клинические, функциональные, эндоскопические, иммунологические и морфологические исследования. Установлено, что рецидивирующий наружный генитальный эндометриоз в 35,7% случаев проявляется наличием эндометриоидных кист яичников, в 24,6% – эндометриоидных инфильтратов крестцово-маточных связок, в 10,3% – эндометриозом тазовой брюшины, в 7,1% – эндометриозом крестцово-маточных связок, в 6,3% – наличием ретроцервикального эндометриоидного инфильтрата, в 5,6% – эндометриозом яичников, в 4,8% – эндометриозом пузырно-маточной складки брюшины. Изучение сочетанности и распространенности эндометриоидных поражений при рецидивирующем наружном генитальном эндометриозе позволило установить наличие II стадии распространения эндометриоидного процесса по классификации А. И. Ищенко (1993). При этом у 27,1% больных отмечалось сочетание эндометриоидной кисты яичника и эндометриоидных инфильтратов крестцово-маточных связок, у 14,8% – с эндометриозом крестцово-маточных связок, у 8,3% – с эндометриозом крестцово-маточных связок и эндометриозом другого яичника.

Ключевые слова: эндометриоз, рецидивирующий наружный генитальный эндометриоз, эндометриоидная киста яичника, эндометриоидный инфильтрат, эндометриоз тазовой брюшины.

Для цитирования: Алиева Ф. Т., Брюнин Д. В. Особенности локализации, частоты встречаемости и сочетанности эндометриоидных поражений при рецидивирующем наружном генитальном эндометриозе // Лечащий Врач. 2022; 12 (25): 32–35. DOI: 10.51793/OS.2022.25.12.005

Features of localization, frequency of occurrence and combination of endometrioid lesions in recurrent external genital endometriosis

Farakh T. Aliyeva¹, ORCID: 0000-0003-1789-9182, fereh.aliyeva.95@mail.ru

Dmitry V. Bryunin², ORCID: 0000-0002-5969-4217, mic_amu@mail.ru

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Sechenov First Moscow State University of Medicine of Ministry of Health of the Russian Federation; 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia

² Clinic of Obstetrics and Gynecology named after V. F. Snegirev; 2/1 Elansky str., Moscow, 119435, Russia

Abstract. Endometriosis is a chronic, dyshormonal, immune-dependent disease with a characteristic proliferation of tissue similar in morphological structure to the endometrium and located outside the endometrial mucosa. The goal of investigation was to study the peculiarities of localizations and combinations of endometrioid lesions in recurrent external genital endometriosis. 48 patients with recurrent external genital endometriosis were examined. The average age of the examined was 34.96 ± 1.1 years and ranged from 19 to 50 years. The

study of the menstrual function made it confirmed that menarche was observed from 13.8 ± 1.9 years, the duration of the menstrual cycle was within 28.75 ± 0.53 (23-45) days, the duration of menstruation was 5.65 ± 0.17 (3-10) days. The onset of sexual activity in patients was noted from 18.98 ± 0.39 (15-30) years. The duration of endometriosis in patients with recurrent forms of external genital endometriosis was 10.0 ± 1.41 (9-11) years. The recurrence rate averaged 2.02 ± 0.44 (1-4) years. The duration of remission was 6.1 ± 0.84 (1-15) years on average. All patients underwent clinical, functional, endoscopic, immunological and morphological methods of examination. It was found out that recurrent external genital endometriosis in 35.7% of cases is manifested by the relapse of endometrioid ovarian cysts, in 24.6% by the presence of endometrioid infiltrates of the sacro-uterine ligaments, in 10.3% of cases by endometriosis of the pelvic peritoneum, in 7.1% of cases by endometriosis of sacro-uterine ligaments, in 6.3% of the presence of retrocervical endometrioid infiltrate, in 5.6% by ovarian endometriosis, in 4.8% of cases by endometriosis of the vesicouterine fold of the peritoneum. The study of the combination and dissemination of endometrioid lesions in recurrent external genital endometriosis demonstrated the presence of stage II of the pathological process according to the classification by A.I. Ishchenko (1993). At the same time, 27.1% of patients had a combination of endometrioid ovarian cyst and endometrioid infiltrates of the sacro-uterine ligaments, 14.8% endometriosis of the sacro-uterine ligaments, 8.3% of patients had endometriosis of the sacro-uterine ligaments and election of the unilateral ovary.

Keywords: endometriosis, recurrent external genital endometriosis, endometrioid ovarian cyst, endometrioid infiltrate of the sacro-uterine ligaments, endometrioid infiltrate, endometriosis of the pelvic peritoneum.

For citation: Aliyeva F. T., Bryunin D. V. Features of localization, frequency of occurrence and combination of endometrioid lesions in recurrent external genital endometriosis // Lechaschi Vrach. 2022; 5 (25): 32-35. DOI: 10.51793/OS.2022.25.12.005

В современных условиях отмечается тенденция к увеличению частоты эндометриоза. Установлено, что эндометриоз диагностируется у 10-15% женщин репродуктивного возраста и существенно влияет на качество их жизни [1-5]. По данным научных исследований, у 45-82% пациенток с хронической тазовой болью и у 2,1-78% — с бесплодием диагностируется эндометриоз [6-9].

Эндометриоз является хроническим дисгормональным иммунозависимым заболеванием с характерным разрастанием ткани, схожей по морфологическому строению с эндометрием и располагающейся за пределами его слизистой оболочки. Эндометриоз имеет склонность к рецидиву. Частота рецидивов наружного генитального эндометриоза (НГЭ) колеблется от 6% до 67% [10].

Наиболее часто рецидивирующий НГЭ отмечается после гистерэктомии. Установлено, что вероятность возникновения новых очагов эндометриоза через 1-2 года после оперативного вмешательства составляет 15-21%, через 5 лет — 36-47%, через 7 и более лет — 50-55% [1, 11-13].

По данным различных авторов диагностика рецидивирующего НГЭ трудна и возможна после проведения лапароскопического исследования. Наличие боли в области малого таза и диспареунии после проведения гистерэктомии является общей клинической симптоматикой, наблюдающейся при рецидивирующем НГЭ. В то же время с относительно меньшей частотой отмечаются ректальные кровотечения и боли при дефекации, что характерно для глубокого инфильтративного эндометриоза [14, 15]. Следует отметить, что, несмотря на многочисленные исследования НГЭ, данные об особенностях локализации и сочетанности поражений при рецидивах являются недостаточными и противоречивыми.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель данного исследования: изучение особенности локализаций и сочетанности эндометриoidных поражений при рецидивирующем НГЭ.

Клинический материал и методы исследования

Обследованы 48 больных с рецидивирующим НГЭ. Средний возраст обследуемых составил $34,96 \pm 1,1$ года и колебался в пределах от 19 до 50 лет. Изучение особенностей менструальной функции позволило установить, что менархе происходило в $13,8 \pm 1,9$ года, продолжительность менструального цикла была в пределах $28,75 \pm 0,53$ (23-45) дня, длительность составила

$5,65 \pm 0,17$ (3-10) дня. Начало половой жизни у больных отмечалось с $18,98 \pm 0,39$ (15-30) года. Общее число беременностей у обследованных больных составило $3,66 \pm 0,15$ (1-3). При этом количество родов — $1,32 \pm 0,1$ (1-2), аборт — $1,14 \pm 0,14$ (1-2), самопроизвольных выкидышей — $1,2 \pm 0,2$ (1-2).

Длительность эндометриоза у больных с рецидивирующими формами НГЭ составила $10,0 \pm 1,41$ (9-11) года. Частота рецидива в среднем колебалась в пределах $2,02 \pm 0,44$ (1-4) года. Рецидив в среднем длился $6,1 \pm 0,84$ (1-15) года.

Всем больным проведены клинические, функциональные, эндоскопические, иммунологические и морфологические исследования, результаты которых подвергнуты статистической обработке с применением стандартных компьютерных

Таблица 1
Особенности локализации эндометриoidных очагов и частота их встречаемости при рецидивирующем НГЭ [таблица составлена авторами] / Features of localization of endometrioid lesions and the frequency of their occurrence in recurrent external genital endometriosis [table compiled by the authors]

Локализации эндометриoidных поражений	Абс.	%
Эндометриoidная киста яичников:	45	35,7
• односторонняя:	34	27
а) правая	22	
б) левая	12	
• двусторонние кисты	11	8,7
Эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок	31	24,6
Ретроцервикальный эндометриoidный инфильтрат	8	6,3
Эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины	6	4,8
Эндометриoidный инфильтрат широкой маточной связки	2	1,6
Эндометриоз тазовой брюшины	13	10,3
Эндометриоз крестцово-маточных связок	9	7,1
Эндометриоз яичников	7	5,6
Эндометриоз маточных труб	3	2,4
Эндометриоз пузырно-маточной складки брюшины	2	1,6

Примечание. За 100% принято общее количество эндометриoidных поражений.

Таблица 2

Сочетанность и степень распространения эндометриoidных поражений органов репродуктивной системы при рецидивирующем НГЭ [таблица составлена авторами] / Combination and spread of endometrioid lesions of the reproductive system in recurrent external genital endometriosis [table compiled by the authors]

Сочетанность эндометриoidных поражений	Абс.	%
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок	13	27,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриоз крестцово-маточных связок	7	14,6
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + эндометриоз другого яичника	4	8,3
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины + эндометриоз тазовой брюшины	3	6,3
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины	2	4,2
Эндометриoidная киста яичника + ретроцервикальный эндометриoidный инфильтрат	2	4,2
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + эндометриоз тазовой брюшины	2	4,2
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + эндометриоз тазовой брюшины + эндометриоз другого яичника	2	4,2
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат широкой маточной связки	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриоз тазовой брюшины	1	2,1
Эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточной связки + эндометриоз тазовой брюшины	1	2,1
Эндометриoidный инфильтрат широкой маточной связки + эндометриоз тазовой брюшины	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриоз крестцово-маточных связок + эндометриоз другого яичника	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + ретроцервикальный эндометриoidный инфильтрат + эндометриоз пузырно-маточной складки брюшины	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины + эндометриоз крестцово-маточных связок	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + ретроцервикальный эндометриoidный инфильтрат	1	2,1
Эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины + ретроцервикальный эндометриoidный инфильтрат	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриоз маточных труб + эндометриоз тазовой брюшины	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины + ретроцервикальный эндометриoidный инфильтрат + эндометриоз тазовой брюшины	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточной связки + эндометриoidный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины + эндометриоз маточной трубы + эндометриоз тазовой брюшины	1	2,1
Эндометриoidная киста яичника + эндометриoidный инфильтрат крестцово-маточных связок + эндометриоз пузырно-маточной складки брюшины	1	2,1

Примечание. За 100% принято общее количество больных (n = 48).

программ Statgraph, предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчета средних значений.

Результаты исследования и их обсуждение

У 48 больных с рецидивирующим НГЭ на основании клинических, функциональных, эндоскопических и морфологических методов обследования была определена локализация эндометриоза и частота его встречаемости (табл. 1).

Как видно из табл. 1, наиболее часто рецидивирующий НГЭ проявляется наличием эндометриoidных кист яичников (35,7%), эндометриoidных инфильтратов крестцово-маточных связок (24,6%), эндометриоза тазовой брюшины (10,3%), ретроцервикального эндометриoidного инфильтрата (6,3%), эндометриоза крестцово-маточных связок (7,1%), эндометриоза яичников (5,6%) и эндометриoidного инфильтрата пузырно-маточной складки брюшины (4,8%). В единичных случаях отмечается наличие эндометриoidного инфильтрата широкой маточной связки (1,6%), эндометриоза маточных труб (2,4%) и эндометриоза пузырно-маточной складки брюшины (1,6%).

При проведении данного исследования у всех больных с рецидивирующим НГЭ была выявлена сочетанность эндометриoidных поражений органов репродуктивной системы (табл. 2).

Как видно из табл. 2, исследование сочетанности и распространенности эндометриoidных поражений при рецидивирующем НГЭ позволило установить, что у 27,1% (у 13) больных наличие эндометриoidной кисты яичника сочеталось с эндометриoidными инфильтратами крестцово-маточных связок. У 14,6% (у 7) эндометриoidная киста яичника сочеталась с эндометриозом крестцово-маточных связок, у 8,3% (у 4) — с эндометриoidным инфильтратом крестцово-маточной связки и эндометриозом другого яичника, у 6,3% (у 3) — с эндометриoidным инфильтратом крестцово-маточных связок, эндометриoidным инфильтратом пузырно-маточной складки брюшины и эндометриозом тазовой брюшины. В единичных случаях отмечалась совокупность поражений эндометриoidными очагами органов репродуктивной системы. Следует отметить, что у обследуемых больных не определялось поражение соседних органов, что отражало

II стадию распространения эндометриозного процесса по классификации А. И. Ищенко [16].

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что рецидивирующий НГЭ в 35,7% случаев проявляется наличием жением эндометриозных кист яичников, в 24,6% — эндометриозными инфильтратами крестцово-маточных связок, в 10,3% — эндометриозом тазовой брюшины, в 7,1% — эндометриозом крестцово-маточных связок, в 6,3% — наличием ретроцервикального эндометриозного инфильтрата, в 5,6% — эндометриозом яичников, в 4,8% — эндометриозом пузырно-маточной складки брюшины.

Изучение сочетанности и степени распространения эндометриозных поражений при рецидивирующем НГЭ позволило установить наличие II стадии распространения эндометриозного процесса по классификации А. И. Ищенко [16]. При этом у 27,1% больных отмечалось сочетание эндометриозной кисты яичника и эндометриозных инфильтратов крестцово-маточных связок, у 14,8% — с эндометриозом крестцово-маточных связок, у 8,3% — с эндометриозом крестцово-маточных связок и эндометриозом другого яичника. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Солопова А. Г., Ачкасова Е. Е., Москвичева В. С., Григорьевская Е. Наружный генитальный эндометриоз: вопросы лечения и реабилитации // Акушерство, гинекология и репродукция. 2021; 1 (15): 70-79.
[Solopova A. G., Achkasova E. E., Moskvicheva V. S., Grigorievskaya E. External genital endometriosis: issues of treatment and rehabilitation // Obstetrics, Gynecology and Reproduction, 2021; 1 (15): 70-79.]
2. Фролова И. Л., Цахилова С. Г., Смирнова Л. Е., Насрединова В. В. Современные аспекты эндометриоза // Проблемы репродукции. 2019; 5 (25): 30-35.
[Frolova I. L., Tsakhilova S. G., Smirnova L. E., Nasredinova V. V. Modern aspects of endometriosis // Problems of reproduction. 2019; 5 (25): 30-35.]
3. Marinho M. C. P., Magalhaes T. F., Fernandes L. F. C. Quality of life in women with endometriosis: an integrative review // J. Womens Health. 2018; 3 (27): 399-408.
4. Parasar P., Ozcan P., Kathryn L. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management // Curr Obstet Gynecol Rep. 2017; 6 (1): 34-41. DOI: 10.1007/s13669-017-0187-1.
5. Shah D. K., Correia K. F., Vitonis A. F., Missmer S. A. Body size and endometriosis: results from 20 years of follow-up within the Nurses' Health Study II prospective cohort // Hum Reprod. 2013; 28 (7): 1783-1792. [PubMed: 23674552].
6. Ефименко Т. О. Структура, характер и интенсивность болевого синдрома при различных формах наружного генитального эндометриоза // Ж. Акушерства и женских болезней. 2016; 2 (65): 24-30.
[Efimenko T. O. The structure, nature and intensity of pain in various forms of external genital endometriosis // J. Obstetrics and female diseases. 2016; 2 (65): 24-30.]
7. Закирова Я. Р., Бабаева Э. И., Оразов М. Р., Арыutin Д. Г. Комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения // Человек. Спорт. Медицина. 2016; 4 (16): 32-42.
[Zakirova Ya. R., Babaeva E. I., Orazov M. R., Aryutin D. G. Comprehensive assessment of the reproductive health of patients with external genital

- endometriosis after surgical treatment // Chelovek. Sport. Medicine. 2016; 4 (16): 32-42.]
8. Солопова А. Г., Макацария А. Д., Чуканова Е. М. Эндометриоз: новый подход к патогенезу // Эндометриоз: новый подход к патогенезу // Georgian Med. News. 2017; 12: 7-11.
[Solopova A. G., Makatsaria A. D., Chukanova E. M. Endometriosis: a new approach to pathogenesis // Endometriosis: a new approach to pathogenesis // Georgian Med. News. 2017; 12: 7-11.]
 9. Mishra V. V., Bandwal P., Agarwal R., Aggarwal R. Prevalence, clinical and laparoscopic features of endometriosis among infertile women // J. Obstet. Gynecol India. 2017; 3 (67): 208-213.
 10. Борисова А. В., Козаченко А. В. Факторы риска развития рецидива наружного генитального эндометриоза // Медицинский совет. 2018; 7: 32-38.
[Borisova A. V., Kozachenko A. V. Risk factors for the development of recurrence of external genital endometriosis // Medical Council. 2018; 7: 32-38.]
 11. Marki G., Bokor A., Rigo J., Rigo A. Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis // Hum.Reprod. 2017; 7 (32): 1432-1438.
 12. Melki E. Endometriosis treatment with shock waves: A novel approach // Med. Hypotheses. 2019; 124: 114-117. doi.org/10.1016/j.mehy.2019.02.022.
 13. Schwartz A. S., Gross E., Geraedts K. The use of home remedies and complementary health approaches in endometriosis // Reprod.Biomed.Online. 2019; 2 (38): 260-272. doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.10.009.
 14. Chalermgockchareonkit A., Tekasakul P., Chaisilwattana P. Laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy for severe pelvic endometriosis // Int J. Gynecol. Obstet. 2012; 116: 109-111.
 15. Rizk B., Fischer A. S., Lotfy H. A., Turki R. Recurrence of endometriosis after hysterectomy // Facts Views Vis Obgyn. 2014; 6 (4): 219-227.
 16. Ищенко А. И. Патогенез, клиника, диагностика и оперативное лечение распространенных форм генитального эндометриоза: автореф. дис. ... д. м. н. М., 1993.
[Ishchenko A. I. Pathogenesis, clinical picture, diagnosis and surgical treatment of common forms of genital endometriosis: author. dis. ... Doctor of Medical Sciences. M., 1993.]

Сведения об авторах:

Алиева Фарах Тарлан кызы, аспирант кафедры акушерства и гинекологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, 8/2; fereh.aliyeva.95@mail.ru

Брюнин Дмитрий Викторович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий гинекологическим отделением Клиники акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева; 119435, Россия, Москва, ул. Еланского, 2 стр. 1; mic_atu@mail.ru

Information about the authors:

Farakh T. Aliyeva, PhD student of the Department of Obstetrics and Gynecology at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Sechenov First Moscow State University of Medicine of Ministry of Health of the Russian Federation; 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia; fereh.aliyeva.95@mail.ru

Dmitry V. Bryunin, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Gynecological Department of the Clinic of Obstetrics and Gynecology named after V. F. Snegirev; 2/1 Elansky str., Moscow, 119435, Russia; mic_atu@mail.ru

Поступила/Received 21.02.2022

Принята в печать/Accepted 25.03.2022