

*Битарова Алина Игоревна
студентка 6 курса,
лечебный факультет
Северо-Осетинской государственной медицинской академии
Россия, г. Владикавказ*

*Кибизова Элиза Георгиевна
студентка 6 курса,
лечебный факультет
Северо-Осетинской государственной медицинской академии
Россия, г. Владикавказ
e-mail: eliza.kibizova@gmail.com*

ЭНДОМЕТРИОЗ

Аннотация: Эндометриоз представляет собой хроническое эстрогензависимое хроническое заболевание, характеризующееся эктопической имплантацией функциональной ткани, выстилающей матку (эндометриальные железы и строма), за пределами полости матки. Эндометриоз, слово, происходящее от греческого *endo* «внутри», *metra* «матка» и *osis* «болезнь», остается до некоторой степени расплывчатым, при этом наиболее распространенными клиническими симптомами являются тазовая боль и бесплодие. Чаще всего ткань эндометрия обнаруживается в яичниках с образованием кист, но ее также можно обнаружить в фаллопиевых трубах, маточно-крестцовых связках, желудочно-кишечном тракте, реже в плевре, перикарде или центральной нервной системе.

Ключевые слова: эндометриоз, хроническое заболевание, метапластическая теория, время менструации, ретроградная менструация.

*Bitarova Alina Igorevna
6th year student,
medical Faculty
North Ossetian State Medical Academy
Russia, Vladikavkaz*

*Kibizova Eliza Georgievna
6th year student,
medical Faculty
North Ossetian State Medical Academy
Russia, Vladikavkaz*

ENDOMETRIOSIS

Abstract: *Endometriosis is a chronic estrogen-dependent chronic disease characterized by ectopic implantation of functional tissue lining the uterus (endometrial glands and stroma) outside the uterine cavity. Endometriosis, a word derived from the Greek endo "within", metra "womb" and osis "disease", remains somewhat vague, with pelvic pain and infertility being the most common clinical symptoms. Most often, endometrial tissue is found in the ovaries with cyst formation, but it can also be found in the fallopian tubes, utero-sacral ligaments, gastrointestinal tract, and less commonly in the pleura, pericardium, or central nervous system.*

Key words: endometriosis, chronic disease, metaplastic theory, time of menstruation, retrograde menstruation.

Введение

Эндометриоз — хроническое гинекологическое заболевание, характеризующееся развитием и наличием гистологических элементов в виде эндометриальных желез и стромы в анатомических положениях и органах вне полости матки. Основными клиническими проявлениями заболевания являются хроническая тазовая боль и нарушение фертильности. Локализация очагов эндометриоза может варьировать, при этом чаще всего поражаются яичники, за которыми следуют задняя широкая связка, передняя слепая связка, задняя слепая связка и маточно-крестцовая связка [1]. Эндометриоидные узелки также поражают кишечный тракт и мочевыводящую систему, такие как мочеточники, мочевой пузырь и уретра. Тем не менее, эндометриоз не ограничивается тазом, но может повреждать внетазовые структуры, такие как плевра, перикард или центральная нервная система [2]. Основными теориями, используемыми для объяснения патогенеза эндометриоза, являются теория Сэмпсона, целомическая метапластическая теория, теория стволовых клеток, теория остатков Мюллера и теория сосудистых и лимфатических метастазов.

Этиология

Существует несколько разработанных теорий этиологии эндометриоза, основанных на логической последовательности, связывающей выраженность симптомов со стадией заболевания, хотя ни одна из предложенных моделей не может полностью объяснить спектр клинических проявлений заболевания [3].

Наиболее правдоподобной теорией является предположение Сэмпсона, утверждающее, что жизнеспособные клетки, находящиеся в перитонеальной жидкости при ретроградной менструации, могут имплантироваться, расти и инфильтрироваться в брюшную полость [3]. Ретроградная менструация — это термин, используемый для описания обратного оттока крови из фаллопиевых труб в брюшину во время менструации. Это явление довольно часто встречается у значительной части женщин репродуктивного возраста [3]. Альтернативой теории Сэмпсона является целомическая метапластическая теория, предложенная Мейером. Эта теория основана на способности эпителия париетальной брюшины дифференцироваться в ткань эндометрия, вероятно, под действием цитокинов и факторов роста стромы эндометрия [4]. Гипотеза метаплазии может обосновать возникновение эндометриоза у женщин без матки или с отсутствием эндометрия, например, у женщин с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера или в редких случаях у мужчин, страдающих эндометриозом. Пик заболеваемости больше у женщин в возрасте от 25 до 29 лет, а самый низкий у женщин старше 44 лет, тогда как распространенность у белых выше, чем у афроамериканцев [5]. Клиническая картина заболевания отличается у женщин и может быть неожиданной не только по проявлению, но и по продолжительности. Клиницисты обычно подозревают и с большей вероятностью диагностируют заболевание у женщин с типичной симптоматикой, такой как диспареуния, а именно болезненный половой акт, тазовые боли во время менструации (дисменорея), боли при мочеиспускании (дизурия), дефекации (дисхезия) и/или бесплодие [14]. Боль обычно характеризуется как хроническая, циклическая и прогрессирующая (усугубляющаяся со временем) [6].

Лечение эндометриоза можно разделить на две основные категории: фармакологическое и хирургическое. В настоящее время не существует конкретного препарата, который мог бы затормозить развитие болезни, кроме гормональных и негормональных средств, используемых для облегчения симптомов и повышения показателей фертильности. Эмпирическая

медикаментозная терапия может быть назначена женщинам с симптомами эндометриоза (например, тазовой болью) даже без гистологического подтверждения заболевания. Следует подчеркнуть, что, поскольку эндометриоз является хроническим заболеванием, лечение в основном используется для облегчения симптомов, а не в конечном счете для излечения. Врачи всегда должны помнить, что ответ на терапию не подтверждает диагноз эндометриоза. Многие врачи выбирают эмпирическое лечение женщин, страдающих от постоянной боли, после сбора подробного анамнеза, проведения тщательного медицинского обследования и исключения других патологий, даже если медикаментозное лечение не улучшает фертильность [12].

Вывод: Эндометриоз остается заболеванием с высокой коморбидностью, несмотря на то, что были проведены обширные исследования и разработаны новые методы лечения. Работники здравоохранения должны взяться за руки и работать сообща, когда им нужно работать с пациентками с подозрением на эндометриоз. Не случайно средняя задержка окончательного диагноза эндометриоза составляет примерно десять лет [13]. Необходимо проводить мероприятия общественного здравоохранения и повышать осведомленность женщин детородного возраста о признаках и симптомах эндометриоза; таким образом, они могли обратиться за медицинской помощью на более ранней стадии заболевания.

Клиницисты должны работать как одна команда в отношении лечения эндометриоза, чтобы добиться наиболее эффективного лечения и избежать хирургических осложнений. Кроме того, медицинские работники, занимающиеся лечением эндометриоза [6], должны быть в курсе новых препаратов, их показаний или побочных эффектов для проведения успешного лечения, а их внимание должно быть обращено на тот факт, что симптоматика заболевания не имеет прямой связи со степенью заболевания. План лечения должен быть персонализированным и ориентированным на пациента, выбираемым в основном с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Симптомы, возраст и желание деторождения являются важными

факторами, о которых следует сообщить пациентке и медицинскому персоналу. Эндометриоз является хроническим заболеванием. Поэтому основными целями медицинской бригады должны быть облегчение симптомов, минимизация рецидивов боли и безопасность пациента [9].

Список литературы:

1. Дженкинс С., Олив Д.Л., Хейни А.Ф. Эндометриоз: патогенетические последствия анатомического распространения // Акушерство Гинекология. 1986 март. № 67 (3). С 335-338.

2. Мейсер М.Л., Тейлор Х.С. Эндометриоз и бесплодие: обзор патогенеза и лечения бесплодия, связанного с эндометриозом // *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012 декабрь. № 39 (4). С 535-549.

3. Koninckx PR, Barlow D, Kennedy S. Имплантация против инфильтрации: теория Сэмпсона против эндометриозной болезни // *Гинеколь Обстет Инвест.* 1999. 47 Приложение 1: 3-9; обсуждение 9-10.

4. Мацуура К., Отаке Х., Катабучи Х., Окамура Х. Теория эндометриоза целомической метаплазии: данные исследований *in vivo* и экспериментальная модель *in vitro* // *Гинеколь Обстет Инвест.* 1999. 47 Приложение 1: 18-20; обсуждение 20-2.

5. Konrad L, Dietze R, Kudipudi PK, Horné F, Meinhold-Heerlein I. Эндометриоз в случаях MRKH как доказательство гипотезы целомической метаплазии? *Репродукция.* 2019 авг. № 158 (2). Pp. 41-47.

6. Джабр Ф.И., Мани В. Необычная причина болей в животе у пациента мужского пола: эндометриоз // *Авиценна J Med.* 2014 Октябрь. № 4 (4). С. 99-101.

7. Верчеллини П., Вигано П., Сомильяна Э., Феделе Л. Эндометриоз: патогенез и лечение // *Нат Рев Эндокринолог.* 2014 май. № 10 (5). С. 261-275.

8. Джерман Л.Ф., Эй-Каннингем А. Дж. Роль лимфатической системы при эндометриозе: всесторонний обзор литературы // *Биол Репрод.* 2015 март. 92 (3). С. 64.

9. Казинс FL, О DF, Gargett CE. Стволовые/прогениторные клетки эндометрия и их роль в патогенезе эндометриоза // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 июль. № 50. С. 27-38.
10. Асгари С., Вализаде А., Агебати-Малеки Л., Нури М., Юсефи М. Эндометриоз: перспектива, свет и тени этиологии // Биомед Фармаколог. 2018 Октябрь. № 106. С. 163-174.
11. Тао Y, Zhang Q, Huang W, Zhu H, Zhang D, Luo W. Перитонеальный лептин, MCP-1 и TNF- α в патогенезе бесплодия, связанного с эндометриозом // Am J Reprod Immunol. 2011 апрель. № 65 (4). С. 403-406.
12. ДеМайо Ф.Дж., Чжао Б., Такамото Н., Цай С.Ю. Механизмы действия эстрогенов и прогестерона // Энн NY Acad Sci. 2002. № 955. С. 48-59.
13. Марш Э.Э., Лауфер М.Р. Эндометриоз у девочек в пременоархе, не имеющих сопутствующей обструктивной аномалии // Фертил Стерил. 2005 март. № 83 (3). С. 758-760.