



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

11 (73) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 618.14-002:618.177-073:618.177-089.888.11

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Туракулова Ш.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-0966-9694>

Зуфарова Ш.А. <https://orcid.org/0009-0005-8206-8168>

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент,
ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты оценки клинико-ультразвуковых проявлений малых форм эндометриоза у женщин с бесплодием. Было установлено, что пациентки с эндометриоз-ассоциированным бесплодием чаще указывали на раннее начало менархе и более длительные менструации, часто сочетающиеся с первичной дисменореей, гиперплазией эндометрия, воспалительные заболевания органов малого таза на фоне ИППП, заболевания ЖКТ, аллергические реакции, оперативные вмешательства на органах малого таза. Среди жалоб доминировали аномальные маточные кровотечения в виде обильных менструальных кровотечений, межменструальные мажущие кровянистые выделения, болевой синдром, гиперпролактинемия. Установление 1-2 стадии эндометриоза ультразвуковые показатели меняли значимость в зависимости от расположения эндометриозных гетеротопий. Лучшие результаты неинвазивной диагностики эндометриоза были получены при локализации очага в яичнике. Наименее информативна неинвазивная диагностика при перитонеальном расположении эндометриозных очагов.

Ключевые слова: эндометриоз, ранняя диагностика, ультразвуковая диагностика, бесплодие

БЕПУШТЛИК БИЛАН ОГ'РИГАН АЙОЛЛАРДА ЭНДОМЕТРИОЗНИНГ КИЧИК ШАКЛЛАРИНИНГ КЛИНИК ВА УЛТРАТОВУШ КО'РИНИШЛАРИ

Turakulova Sh.Sh., Zufarova Sh.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi
223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Rezyume

Maqolada bepushtlik bilan og'rigan ayollarda endometriozi kichik shakllarining klinik va ultratovushli namoyon bo'lishini baholash natijalari keltirilgan. Endometriozi bilan bog'liq bepushtlik bilan og'rigan bemorlarda menarxning erta boshlanishi va hayz ko'rishning uzoq davom etishi, ko'pincha birlamchi dismenoreya, Endometrial giperplaziya, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar fonida tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, oshqozon-ichak kasalliklari, allergik reaksiyalar, tos a'zolariga jarrohlik aralashuvlar. Shikoyatlar orasida og'ir hayzli qon ketish, hayzlararo dog'lar, og'riq sindromi, giperprolaktinemiya ko'rinishidagi g'ayritabiiy bachadon qon ketishi ustunlik qildi. Endometriozi 1-2 bosqichini aniqlash ultratovush ko'rsatkichlari endometrioid heterotopiyalarning joylashishiga qarab ahamiyatini o'zgartirdi. Endometriomani invaziv bo'lmagan tashxislashning eng yaxshi natijalari tuxumdonda fokusni lokalizatsiya qilish natijasida olingan. Endometrioid o'choqlarning peritoneal joylashuvi bilan invaziv bo'lmagan diagnostika eng kam ma'lumotga ega.

Kalit so'zlar: endometriozi, erta tashxis, ultratovush diagnostikasi, bepushtlik

CLINICAL AND ULTRASOUND MANIFESTATIONS OF SMALL FORMS OF ENDOMETRIOSIS IN WOMEN WITH INFERTILITY

Turakulova Sh.Sh., Zufarova Sh.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

The article presents the results of the evaluation of clinical and ultrasound manifestations of small forms of endometriosis in women with infertility. It was found that patients with endometriosis-associated infertility more often indicated an early onset of menarche and longer menstruation, often combined with primary dysmenorrhea, endometrial hyperplasia, inflammatory diseases of the pelvic organs against the background of STIs, gastrointestinal diseases, allergic reactions, surgical interventions on the pelvic organs. Abnormal uterine bleeding in the form of heavy menstrual bleeding, intermenstrual spotting, pain syndrome, hyperprolactinemia dominated among the complaints. The establishment of the 1-2 stage of endometriosis, ultrasound indicators changed their significance depending on the location of endometrioid heterotopias. The best results of noninvasive diagnosis of endometriomas were obtained with localization of the lesion in the ovary. The least informative noninvasive diagnosis is in the peritoneal location of endometrioid foci.

Keywords: endometriosis, early diagnosis, ultrasound diagnosis, infertility

Актуальность

В структуре гинекологической патологии эндометриоз занимает третье место после хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы и миомы матки (Parasar P. et al. 2017). Данное заболевание часто является препятствием в получении образования, выполнении рабочих обязанностей, может стать причиной напряженности в семейных отношениях [1, 10].

Одним из первых шагов в снижении неблагоприятных последствий данного заболевания является его ранняя диагностика. Тем не менее из года в год об эндометриозе говорят, как об «упущенном» заболевании, с задержкой постановки диагноза на 8–10 лет. Данная проблема является общемировой и встречается также в странах с высоким уровнем здравоохранения [3, 8].

Специфика заболевания проявляется в длительном отсутствии его клинических проявлений. С момента появления первых симптомов эндометриоза до постановки диагноза может пройти 1–7 и более лет, что связано с недостаточной чувствительностью и специфичностью существующих методов диагностики (Баринов С.В. и соавт. 2018; Гончарова М.А. и соавт. 2020; Озерская П.А. и соавт., 2021).

Эндометриоз способен выйти за пределы малого таза, поразить смежные органы и привести к серьезным осложнениям (Алехина А.Г. и соавт., 2018; Лисовская Е.В. и соавт., 2020; Shiges N. et al, 2019; Taylor H.S. et al. 2021).

Сообщается, что одной из причин запоздалой диагностики эндометриоза является отсутствие неинвазивных методов исследования, что и создает определенные трудности для клиницистов [2, 4, 6]. Запоздалой диагностике эндометриоза могут способствовать невыполнение рекомендаций клинического протокола по эндометриозу, неосведомленность врачей других специальностей о клинических симптомах, характерных для эндометриоза, факторах риска его развития и распространении, требующих своевременной коррекции [7, 9].

В связи с этим перед каждым акушером-гинекологом, особенно работающим в амбулаторном звене, ставится задача по оценке факторов риска и своевременному выявлению пациенток с высоким риском развития генитального эндометриоза. Необходимо максимально обращать внимание на ранние клинические проявления данного заболевания. Недостаточно высокая эффективность лечения и возникающее бесплодие позволяют рассматривать это заболевание как социальную проблему.

Цель исследования: является клинико-ультразвуковая оценка эндометриоза у женщин с бесплодием.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 356 женщин с бесплодием, проходившие обследование и лечение в городском родильном комплексе №6 г. Ташкента. *Критериями включения были:* репродуктивный возраст женщины, планирование беременности, отсутствие острой и хронической соматической патологии, препятствующей вынашиванию беременности.

Диагноз «Эндометриоз» выставлялся на основании клиники в сочетании с дополнительными неинвазивными методами диагностики (УЗИ, МРТ). Стадии эндометриоза определяли по классификации Американского общества фертильности (r-AFS) [6].

В ходе исследования осуществлялось построение четырех математических моделей нейронной сети: для прогнозирования наличия эндометриоза в целом, а также для прогнозирования его различных локализаций – аденомиоза, эндометриоза яичников и перитонеального эндометриоза.

Оценку эффективности разработанных моделей нейросети проводили в двух группах: экспериментальная группа – 156 женщин с бесплодием, прогнозирование эндометриоза проводили с помощью нейросетей, 200 женщин с бесплодием – контрольная группа без прогнозирования эндометриоза

Статистическую обработку данных проводили на основании программ Microsoft Office 2017, встроенных функций в Excel, с учетом расчета среднего показателя и стандартного отклонения. Статистически значимые показатели считались различия при $P < 0,05$.

Результат и обсуждение

Возрастная градация женщин, принявших участие в исследовании варьировала от 18 до 35 лет. Средний возраст в основной группе составил $28,9 \pm 1,2$ лет, в группе контроля – $29,8 \pm 1,5$ лет. Длительность бесплодия у женщин основной группы варьировало от 1 года до 12 лет, в среднем составляя – $3,2 \pm 0,3$ года, в контрольной группе данный параметр отсутствовал.

Среди женщин основной группы в достоверно чаще отмечалось первичное бесплодие по отношению ко вторичному ($81,4 \pm 2,8\%$ против $18,6 \pm 2,8\%$; $P < 0,05$). Полученные данные согласуются с результатами других авторов [5].

Из анамнеза установлено (табл. 1), что при анализе данных не установлено достоверных данных по возрасту менархе по отношению к контрольной группе ($P > 0,05$). Однако отмечается достоверно значимое выявление женщин с несвоевременным становлением менструального цикла в основной группе ($\chi^2 = 6,88$ (0,88-51,39); $p = 0,03$; ОШ=6,88), особенно во 2 подгруппе ($\chi^2 = 7,21$ (0,91-53,5); $p = 0,03$).

Анализируя репродуктивный статус выявлено, что в основной группе у 18,6% женщин (27 из 145) отмечались своевременные роды, тогда как в контрольной группе у всех женщин (100%) регистрировалось наличие родов (рис. 1).

Таблица 1

Анамнестическая оценка менструальной функции обследованных женщин

Параметры	Контрольная группа, n=55	Основная группа, n=145		
		Всего	1 подгруппа	2 подгруппа
Ср. возраст менархе, лет	$12,9 \pm 1,3$	$13,5 \pm 1,2$	$13,5 \pm 1,4$	$13,6 \pm 1,5$
Несвоевременное становление менструального цикла	0 (0,0%)	9 (6,2%)	5 (4,6%)	4 (11,1%)*
Ср. продолжительность менструального цикла	$28,2 \pm 1,3$	$28,6 \pm 1,5$	$28,5 \pm 1,6$	$28,4 \pm 1,4$
Ср. длительность менструального цикла	$4,6 \pm 0,8$	$5,1 \pm 0,6^*$	$4,9 \pm 0,5$	$5,4 \pm 0,7^*$

Примечание: * - достоверность данных к показателям контрольной группы ($P < 0,05$).

Среднее количество беременностей у женщин контрольной группы составляет $1,9 \pm 0,04$, тогда как в основной группе всего $0,19 \pm 0,003$ ($P < 0,001$). Хочется отметить, что в 1 подгруппе женщин среднее количество беременностей было достоверно выше, чем в подгруппе 2, т.е. у женщин с тяжелым течением эндометриоза ($P < 0,01$)

Анализ частоты встречаемости экстрагенитальной патологии среди женщин с эндометриозом показал (табл. 2), что при малых формах данной патологии достоверно чаще отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), аллергические реакции ($P<0,01$) по отношению как к контрольной группе, так и к подгруппе 2 ($P<0,05$).

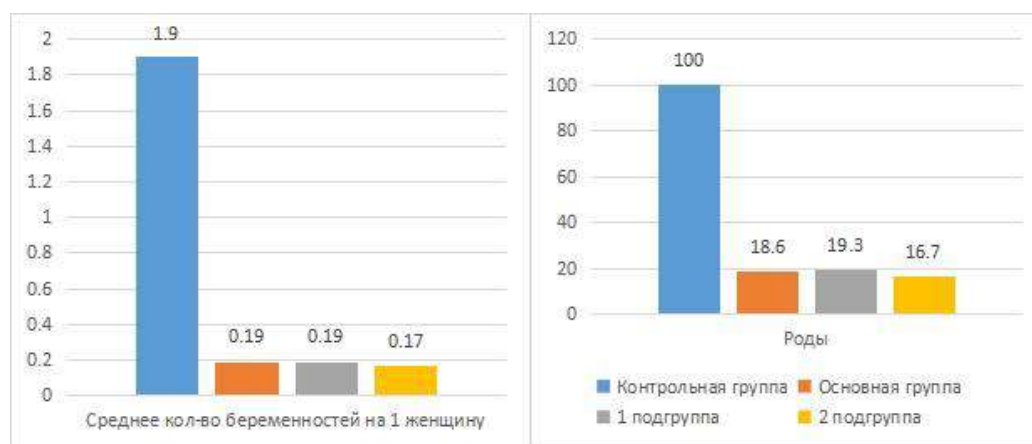


Рис. 1. Репродуктивный статус обследованных женщин

Таблица 2

Распространенность и нозологическая структура экстрагенитальной патологии среди обследованных женщин

Патология	Контрольная группа, n=55		Основная группа, n=145					
			Всего		1 подгруппа		2 подгруппа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Заболевания ЖКТ	3	5,4±2,5	19	13,1±2,9*	15	13,8±2,2*	4	11,1±3,9*
Наличие аллергических реакций	3	5,4±2,5	30	20,7±3,2**	25	22,9±3,8**	5	13,9±4,3*
ВЗМОТ	8	14,5±3,6	53	36,6±4,2**	43	39,4±4,4**	10	27,8±5,2*
Гиперпролактинемия	0	0,0±0,0	14	9,7±2,4	12	11,0±1,9	2	5,6±2,4^
Гиперплазия эндометрия без атипии	0	0,0±0,0	42	29,0±3,2	18	16,5±3,1	24	66,7±1,8^^
Хронический эндометрит	0	0,0±0,0	12	8,3±1,7	8	7,3±1,7	4	11,1±3,9^
ИППП	14	9,7±2,7	44	30,3±3,3	29	26,6±3,9	15	41,7±4,6**, ^
Хирургическое лечение эндометриоза	0	0,0±0,0	21	14,5±2,8	12	11,0±1,9	9	25,0±3,9
Хирургическое лечение яичников	1	1,8±2,1	8	5,5±1,3*	3	2,8±1,5	5	13,9±4,3*^

Примечание: * - достоверность данных к показателям контрольной группы (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$); ^ - достоверность данных к показателям 1 подгруппы (^ - $P<0,05$; ^^ - $P<0,01$)

Было установлено, что оперативные вмешательства на яичниках, такие как цистэктомия, резекция яичника, увеличивают риски развития распространенных форм эндометриоза по сравнению с группой контроля ($p<0,01$) и «малыми» формами эндометриоза ($p<0,01$). Женщин с «малыми» формами эндометриоза значимо чаще, по сравнению с группой контроля, указывали на ВЗМОТ ($p<0,001$) с выявлением ИППП ($p<0,001$) независимо от стадии заболевания.

Важно, что в нашем исследовании женщины с эндометриоз-ассоциированным бесплодием значимо чаще сообщали о ранее диагностированном генитальном эндометриозе, подтвержденном лапароскопически ($p<0,05$), причем в подгруппе 2 рецидив данного заболевания отмечался чаще, чем в 1 подгруппе ($P<0,05$) несмотря на проведение адъювантной гормональной терапии.

В ходе обследования у пациенток 1 подгруппы значимо чаще имела место гиперпролактинемия при отсутствии микро- и макропролактиномы (по данным МРТ) по сравнению с группой контроля, где данная патология не регистрировалась.

При гистологическом исследовании эндометрия пациенток с 2 подгруппы частота встречаемости простой гиперплазии эндометрия без атипии была значительно чаще по сравнению с 1 подгруппой ($P<0,01$). Частота выявления хронического эндометрита в группе «малых» форм эндометриоза была значимо выше по сравнению с таковой в подгруппе 2 ($P<0,05$).

Оценка клинических проявлений эндометриоза у женщин с бесплодием показала, что не зависимо от стадии данной патологии у них отмечалось наличие аномальных маточных кровотечений (АМК) по сравнению с данными контрольной группы (табл. 3).

АМК характеризовались наличием ОМК и ММК или же их сочетанием, при этом у женщин в 1 подгруппе данные клинические проявления регистрировались достоверно ниже по отношению к показателям 2 подгруппы ($P<0,05$). Женщины основной группы значимо чаще предъявляли жалобы на болевой синдром в различных его проявлениях, по сравнению с женщинами из контрольной группы ($P<0,01$). Болевой синдром характеризовался наличием у них дисменореи и диспареунии ($P<0,01$).

Таблица 3

Жалобы и клинические проявления при эндометриозе у обследованных женщин в сравнительном аспекте

Клинические симптомы	Контрольная группа, n=55		Основная группа, n=145					
			Всего		1 подгруппа		2 подгруппа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ОМК или ММК	1	1,8±2,1	50	34,5±4,0**	31	28,4±3,5**	19	52,8±4,7**^
Дисменорея	9	16,4±3,3	91	62,8±1,4**	61	56,0±3,9**	30	83,3±3,9**^
Диспареуния	0	0,0±0,0	31	21,4±3,2	14	12,8±2,1	17	47,2±4,7^^
Дисхезия	0	0,0±0,0	5	3,4±1,3	3	2,8±1,5	2	5,6±2,4^

Примечание: ОМК – обильные менструальные кровотечения, ММК – межменструальные маточные кровотечения; * - достоверность данных к показателям контрольной группы (*- $P<0,05$; ** - $P<0,01$); ^ - достоверность данных к показателям 1 подгруппы (^- $P<0,05$; ^^ - $P<0,01$)

При этом дисменорея значимо чаще встречалась среди женщин 2 подгруппы по сравнению с пациентками 1 подгруппы ($p<0,05$). Дисхезия достоверно чаще отмечалась у женщин 2 подгруппы в отличие от пациенток 1 подгруппы ($P<0,05$).

Проведение ROC-анализа с привлечением клиничко-анамнестических данных позволило нам выявить факторы риска развития «малых» форм эндометриоза: несвоевременное становление менструаций (ОР 1,34, ДИ 95% 1,17–1,53); аллергические реакции в анамнезе (ОР 1,35, ДИ 95% 1,2–1,5), воспалительные заболевания органов малого таза (ОР 1,33, ДИ 95% 1,19–1,49), оперативные вмешательства на органах брюшной полости (ОР 1,31, ДИ 95% 1,16–1,48) и наличие бактериально-вирусной инфекции (ОР 1,31, ДИ 95% 1,17–1,47).

При трансвагинальном УЗИ в В-режиме (серая шкала) кисты яичников визуализировались в виде округлых или овальных жидкостных образований с капсулой толщиной до 3–4 мм, размерами от 9x8 мм до 15x13 мм (рис. 2).

Во всех наблюдениях в просвете эндометриоидных кист лоцировалась мелкодисперсная несмещаемая взвесь. Эхогенность кист была различной, структура гомогенной в 47,1% случаев, в 52,9% случаях мелкоячеистой. Изменения эхогенности содержимого кист было обусловлено морфологическими особенностями («старое» или «свежее» геморрагическое содержимое кисты), выраженностью спаечного процесса в малом тазу и конституциональными особенностями пациентки.

Выявляемость эндометриоидного очага при первичном УЗИ в Дугласовом пространстве составила 76,9%. Помимо бесплодия у всех женщин были жалобы на диспареунию, боли, усиливающиеся перед и во время менструального кровотечения, а также (редко) во время дефекации. Позадишеечное расположение эндометриоидных гетеротопий было диагностировано нами у 39% пациенток, при этом ни в одном случае не наблюдалось полной облитерации позадишеечного пространства (рис. 3).

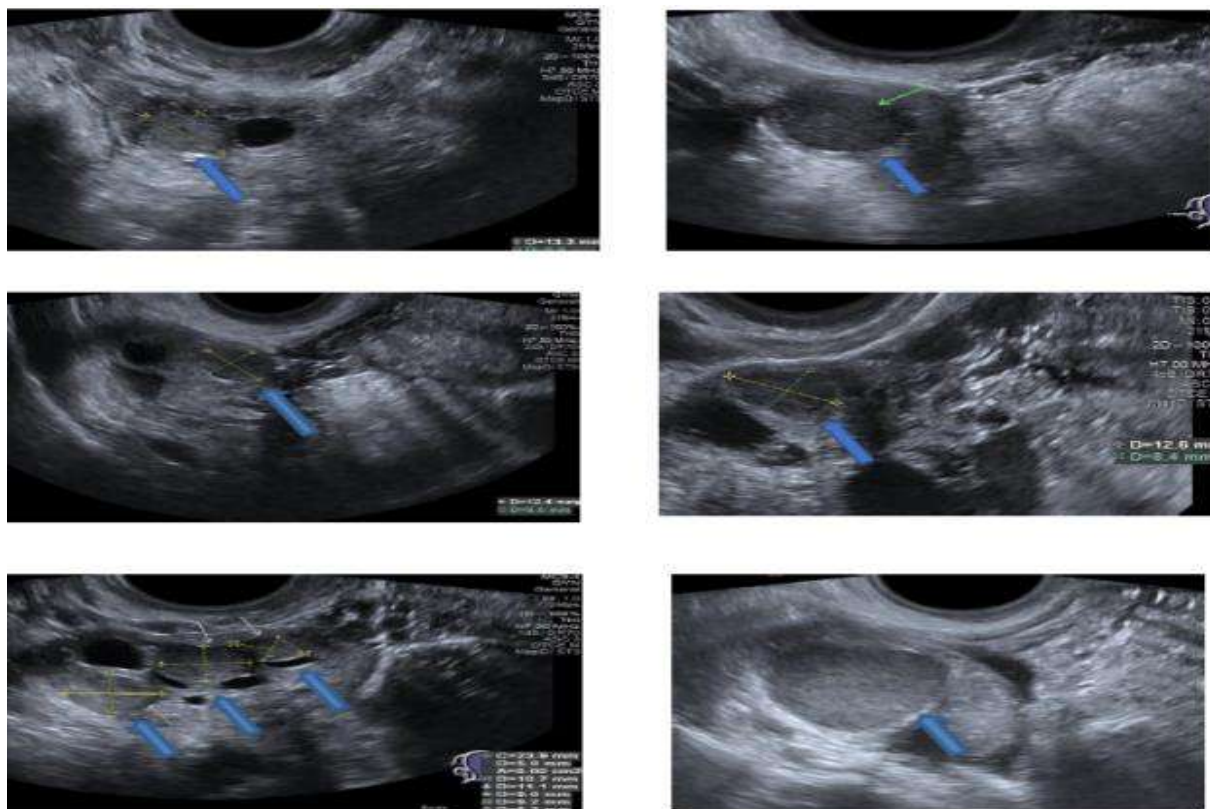


Рис. 2. Трансвагинальное УЗИ (В-режим). Эндометриоидные кисты яичников: полостные образования в структуре яичников, содержащие мелкодисперсную взвесь



Рис. 3. Трансвагинальное УЗИ (В-режим). Очаг позадишеечного эндометриоза обозначены стрелками

В-режиме позадишеечно выявляли образования неправильной продолговатой формы, пониженной эхогенности размером от 12×16 мм до 31×22 мм, с четкими неровными контурами неоднородной структуры. Соседние органы (стенка влагалища и прямая кишка) имели сращения с образованием в единичных случаях (2 человека), при исследовании датчиком ощущалась болезненность.

В 13% наблюдений у пациенток четко визуализировались очаги эндометриоза, характеризующего поражение брюшины малого таза. Эндометриодные очаги встречались в виде как единичных узелков, так и множественных гетеротопий. Визуализировались в виде образований повышенной и пониженной эхогенности с нечетким неровным контуром, округлой или овальной формы размерами от 3,2×2,7 мм до 5,7×5,2 мм.

У 27% пациенток выявлены множественные эндометриоидные гетеротопии. Наиболее часто встречалось сочетание эндометриоза брюшины с небольшими кистами яичников и умеренно выраженным спаечным процессом в малом тазу. При исследовании у 83,1% пациенток отметили «симптом складчатости», который свидетельствовал о вовлечении в патологический процесс смежных органов (стенки кишки, мочевого пузыря, мочеточников).

Самыми высокими показателями чувствительности и специфичности при проведении ультразвукового исследования у женщин с малыми формами эндометриоза были значения при эндометриодных кистах, чувствительность составила 94,6%, а специфичность 95,4%. У пациенток с позадишеечным эндометриозом чувствительность метода составила 74,5%, с множественной локализацией - 71,7%. Наименьшая чувствительность метода была определена у женщин с эндометриозом брюшины - 11,1%. Что касается специфичности метода, то она составила при позадишеечном эндометриозе 73,2%, с эндометриозом брюшины- 33,2%, при множественной локализации очагов 91,1%.

Заключение

1. Ключевым клиническим признаком эндометриоза является болевой синдром в различных его проявлениях, который может служить индикатором данного заболевания. Вторыми по значимости клиническими проявлениями генитального эндометриоза являются АМК по типу ОМК и/или ММК.
2. По данным ROC-анализа, такие факторы, как несвоевременное становление менструаций, аллергические реакции, воспалительные заболевания органов малого таза, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, наличие бактериально-вирусной инфекции, увеличивают риск формирования «малых» форм эндометриоза.
3. Ультразвуковая картина эндометриодной кисты в В – режиме характеризовалась наличием жидкостного образования, существующего в динамике менструального цикла, а также наличия капсулы и характерного содержимого - несмещаемой взвеси или картины «матового стекла».
4. В-режиме лучшая визуализация эндометриодных гетеротопий регистрировалась на фоне небольшого количества свободной жидкости в полости малого таза. Эндометриодные очаги встречались в виде как единичных узелков, так и множественных гетеротопий. Визуализировались в виде образований повышенной и пониженной эхогенности с нечетким неровным контуром, округлой или овальной формы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Красильникова А.К., Герасимов А.М., Абдуллаева Л.Х. Факторы риска и клинко-анамнестические особенности у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием в современных условиях // Научное обозрение. Медицинские науки. 2022;6(12):23-28.
2. Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю, Анциферова Ю.С. Клиника малых форм эндометриоза // Вестник ИвГМА. 2018;3(23):18–23.
3. Эндометриоз: Клинические рекомендации и др. М., 2020. 60 с.
4. Agarwal S.K., Chapron C., Giudice L.C., Laufer M.R., Leyland N., Missmer S.A., Singh S.S., Taylor H.S. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(4):354 - 354. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.12.039. 3.
5. Ashrafi M., Sadatmahalleh S.J., Akhoond M.R., Talebi M. Evaluation of Risk Factors Associated with Endometriosis in Infertile Women. Int J Fertil Steril. 2016;10(1):11–21. DOI:10.22074/ijfs.2016.4763. 7.
6. Simpson C.N., Lomiguen C.M., Chin J. Combating Diagnostic Delay of Endometriosis in Adolescents via Educational Awareness: A Systematic Review. Cureus. 2021;13(5):15143. DOI: 10.7759/cureus.15143. 4.
7. Soliman A.M., Fuldeore M., Snabes M.C. Factors associated with time to endometriosis diagnosis in the United States. J Womens Health (Larchmt). 2017;10(1):788–797.
8. Svensson A., Brunkwall L., Roth B., Orho-Melander M., Ohlsson B. Associations Between Endometriosis and Gut Microbiota. Reprod Sci. 2021;28(8):2367–2377. DOI:10.1007/s43032-021-00506-5.
9. Wang W., Li R., Fang T. et al. Endometriosis fertility index score maybe more accurate for predicting the outcomes of in vitro fertilisation than r-AFS classification in women with endometriosis. Reprod. Biol. Endocrinol. DOI: 10.1186/1477-7827-11-112. 6.
10. Warzecha D., Szymusik I., Wielgos M., Pietrzak B. The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression-A Cohort Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3641. DOI: 10.3390/ijerph17103641.

Поступила 20.10.2024