

А.В. Воронцова - кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

N.V. Pashayeva* – Student

R.E. Gurbanov – Student

V.A. Savelyev – Student.

M.S. Komina – Postgraduate student

M.A. Zvichainiy - Doctor of Sciences (Medicine), Professor

A.V. Vorontsova - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

naida.pashaeva@list.ru

УДК: 618.1-37

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГЛУБОКОГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Протопопова Валерия Леонидовна¹, Мурзин Михаил Олегович^{1,2}

¹Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО ГКБ №40,

³Гинекологическая клиника «Женская клиника»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Эндометриоз – это хронический патологический процесс, характеризующийся наличием эндометриидного эпителия и/или стромы вне полости матки. Он занимает третью позицию в структуре гинекологической заболеваемости и является серьёзной медико-социальной проблемой. Мочевыделительная система занимает вторую позицию по частоте вовлечения в эндометриодный инфильтрат. **Цель исследования** – изучить и определить особенности течения глубокого инфильтративного эндометриоза мочевого пузыря в сравнении с глубоким инфильтративным эндометриозом иной локализации. **Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование, материалом для которого послужили клинические истории болезни 113 пациенток на базах ГАУЗ СО ГКБ №40 и гинекологической клиники “Женская клиника”. **Результаты.** В зависимости от степени поражения определена стадия согласно AAGL. По результатам оперативного лечения определены процентные соотношения выявления правосторонней, левосторонней и двусторонней эндометриомы в основной и контрольной группах. Определены процентные соотношения распространенности основных клинических симптомов среди двух групп. **Выводы.** Эндометриоз с вовлечением мочевого пузыря имеет более тяжелое течение. В 46,7% случаев нарушение мочеиспускания начинается за 1-2 дня или в день менструаций. Характерное расположение эндометриодного инфильтрата- задняя стенка тела мочевого пузыря, на 2-3 см выше межмочеточниковой складки по срединной линии.

Ключевые слова: эндометриоз, глубокий инфильтративный эндометриоз, эндометриоз мочевыделительной системы, эндометриоз мочевого пузыря.

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF DEEP INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS OF THE BLADDER

Protopopova Valeria Leonidovna¹, Murzin Mikhail Olegovich^{1,2}

¹ Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Medical Genetics Ural State Medical University

² City Clinical Hospital № 40

³ Gynecological Center “Women's Clinic”

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Endometriosis is a chronic pathological process characterized by the presence of an endometrial-like epithelium and/or stroma outside the uterine cavity. It occupies the third position in the structure of gynecological morbidity and is a serious medical and social problem. The urinary system occupies the second position in terms of the frequency of involvement in endometrioid infiltration. **The aim of the study** was to study and determine the features of the course of deep infiltrative endometriosis of the bladder in comparison with deep infiltrative endometriosis of a different localization. **Material and methods.** A retrospective study was conducted, the material for which was the clinical case histories of 113 patients at the bases of the City Clinical Hospital № 40 and the gynecological clinic “Women's Clinic”. **Results.** Depending on the degree of lesion, the stage is determined according to AAGL. Based on the results of surgical treatment, the percentages of detection of right-sided, left-sided and bilateral endometrioma in the

main and control groups were determined. The percentages of the prevalence of the main clinical symptoms among the two groups were determined. **Conclusions.** Endometriosis involving the bladder has a more severe course. In 46.7% of cases, urinary disorders begin 1-2 days or on the day of menstruation. The characteristic location of the endometrioid infiltrate is the posterior wall of the bladder body, 2-3 cm above the intervertebral fold along the median line.

Keywords: endometriosis, deep infiltrative endometriosis, urinary tract endometriosis, bladder endometriosis.

ВВЕДЕНИЕ

Эндометриоз – это хронический патологический процесс, который характеризуется наличием эндометрий-подобного эпителия и/или стромы за пределами полости матки [1]. Эндометриоз занимает третью позицию в структуре гинекологической заболеваемости и оказывает негативное влияние на здоровье женщины, снижая качество жизни. В связи с тем, что заболеваемость эндометриозом растёт во всем мире, проблема приобретает большее медико-социальное значение. Это связано с тяжёлыми клиническими проявлениями, рецидивирующим течением заболевания и тяжёлыми последствиями.

Глубокий инфильтративный эндометриоз – наиболее тяжёлая форма заболевания, представляющая поражение органов репродуктивной системы совместно с поражением соседних органов. В результате чего происходит изменения функций этих органов, что может приводить к их полной утрате и инвалидизации женщин [2].

К наиболее часто поражаемым локализациям глубокого инфильтративного эндометриоза относятся: желудочно-кишечный тракт, мочевыделительная система, лёгкие. Кроме того, мочевыделительная система занимает вторую позицию по частоте вовлечения в эндометриодный инфильтрат [3].

Цель исследования - изучить и определить особенности течения глубокого инфильтративного эндометриоза мочевого пузыря в сравнении с глубоким инфильтративным эндометриозом иной локализации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ двух групп пациенток. Основная группа (n – 30) пациентки, страдающие глубоким инфильтративным эндометриозом с вовлечением мочевого пузыря. Группа сравнения (n – 84) пациентки с глубоким инфильтративным эндометриозом без поражения мочевого пузыря. Критерии включения в основную группу – наружный генитальный эндометриоз, оперативное лечение эндометриоза. Критерии исключения – наличие только эндометриомы или только поверхностная форма эндометриоза, консервативная терапия эндометриоза. У всех женщин были собраны жалобы, анамнез заболевания и жизни, детально уделялось внимание симптомам нарушения мочеиспускания, проведён гинекологический осмотр, анализ инструментальных показателей (УЗИ ОМТ, почек и мочевого пузыря, МРТ ОМТ, диагностическая уретроцистоскопия), проведён анализ интраоперационной картины.

Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения SPSS v.27.0 (IBM, США). Для описания качественных характеристик использовались абсолютное число и процент от общего числа наблюдений. Две независимые группа сравнивались с помощью критерия хи квадрат и точного критерия Фишера. Для количественных характеристик нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. В большинстве случаев гипотеза о нормальном распределении отклонялась, поэтому характеристики представлены в виде медианы (25 перцентиль; 75 перцентиль) (Median (25 percentile; 75 percentile)), две независимые группы сравнивались при помощи критерия Манна-Уитни. Значимость различий принималось на уровне значимости (p) < 0.05

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таблица 1.

Основные демографические показатели

Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=84)
Возраст	34 (29;39)	34 (28;38)
Вес	63 (56;70)	62 (56;72)
Рост	165 (159;168)	166 (161;169)
ИМТ	23 (21;25)	23 (21;26)

Возраст начала половой жизни	17 (16;19)	18 (17;19) *
Возраст Менархе	14 (13;14)	13 (12;14)
Продолжительность цикла	28 (27;29)	28 (28;29)
Продолжительность менструации	5 (5;5)	5 (4;6)

Примечание: * (p) < 0.05 в сравнении с контрольной группой

Всем пациенткам была установлена стадия согласно AAGL 2021 Endometriosis Classification (Рис. 1)

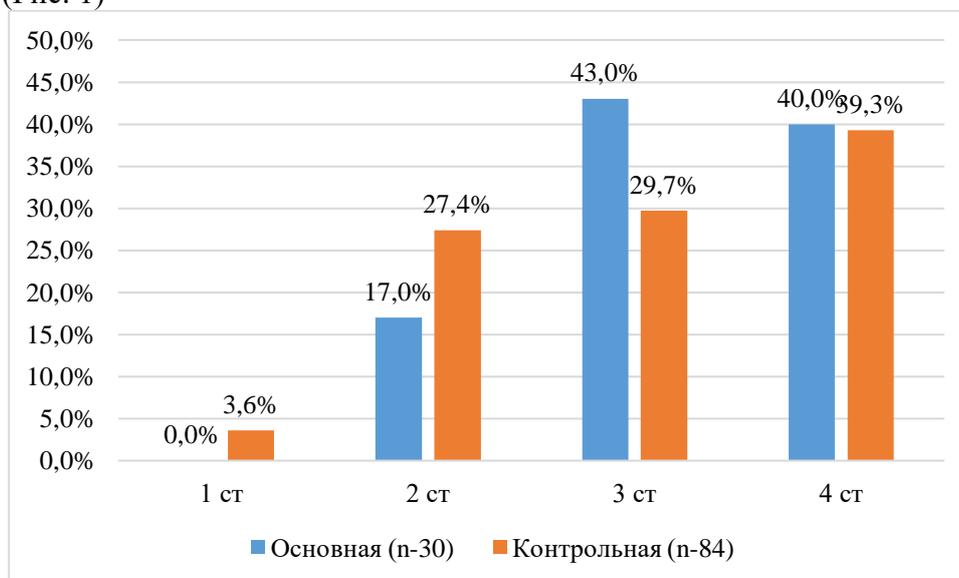


Рис. 1 Распределение эндометриоза по стадиям в соответствии с AAGL

По результатам оперативного лечения эндометриоидная киста правого яичника была диагностирована у 24 % пациенток основной и 25% контрольной группы. Эндометриоидная киста левого яичника у 14 и 35 %, двустороннее поражение было диагностировано в 28 и 15 % соответственно. Эндометриоидные очаги в ректовагинальной перегородке были диагностированы у 31 % женщин в основной и в 95 % контрольной группы, поражение крестцово-маточных связок наблюдалось в 59 и 69 % случаев соответственно.

Таблица 2.

Основные клинические показатели

Показатель	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=84)	p
Жалобы			
Хроническая тазовая боль	27 (90.0%)	39 (46.4%)	0.001
Диспареуния	14 (46.7%)	16 (19.0%)	0.003
Дисхезия	14 (46.7%)	16 (19.0%)	0.296
Нарушения мочеиспускания	14 (46.7%)	16 (19.0%)	0.001
Гематурия	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0.068
Кровянистые выделения из половых путей	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0.777
Альгодисменорея	18 (60.0%)	25 (29.8%)	0.003
Акушерско-гинекологический анамнез			
Болезненность менструации	22 (75.9%)	35 (41.7%)	0.001
Бесплодие первичное	10 (33.3%)	13 (15.5%)	0.036
Анамнез жизни			
Эндометриоз наружный	11 (36.7%)	8 (9.5%)	0.001
Аденомиоз	11 (36.7%)	6 (7.1%)	0.001
Эндометриоидная киста яичника (оперированная в анамнезе)	11 (36.7%)	13 (15.5%)	0.015
Коагуляция эндометриоидных гетеротопий	8 (26.7%)	4 (4.8%)	0.002
Иссечение очага эндометриоза	8 (26.7%)	7 (8.3%)	0.011
Диагностическая лапароскопия	5 (16.7%)	1 (1.2%)	0.005
Анамнез заболевания			

Консультация уролога	12 (40.0%)	0 (0.0%)	0.000
УЗИ почек	14 (46.7%)	0 (0.0%)	0.000
МРТ органов малого	18 (60.0%)	39 (46.4%)	0.202
Цистоскопия	12 (40.0%)	0 (0.0%)	0.000
Количество очагов	3 (3;5)	1 (1;1)	0.001
Одностороннее поражение яичника	8 (26.7%)	2 (2.4%)	0.001
Двустороннее поражение яичника	9 (30.0%)	0 (0.0%)	0.000
Прорастание в мочевой пузырь	16 (53.3%)	0 (0.0%)	0.000
Резекция мочевого пузыря	17 (57.0%)	0 (0.0%)	0.000

Примечание: *УЗИ- ультразвуковое исследование; МРТ- магнито-резонансная томография

ОБСУЖДЕНИЕ

На основании основных демографических и акушерско-гинекологических характеристик можно утверждать, что гипотеза о различиях в группах незначима, соответственно обе группы сравнимы между собой (Таблица 1).

У женщин в группе с вовлечением мочевого пузыря в эндометриоидный инфильтрат (основная группа) стадия 3 и 4, соответственно классификации AAGL наблюдалась в 83 % случаев, пациенток с 1 стадией процесса в этой не было. Тогда как в контрольной группе у 31 % пациенток была подтверждена 1 и 2 стадии. Стадия устанавливалась на основании интраоперационной картины. Такое распределение женщин по стадиям свидетельствует о более тяжёлом течении эндометриоидной болезни у женщин с вовлечением мочевого пузыря. Более тяжёлое течение эндометриоза в основной группе подтверждается при анализе жалоб. Так в основной группе хроническая тазовая боль, диспареуния, дисхезия наблюдались чаще (Таблица 2).

В понятие нарушения мочеиспускания входили такие жалобы – боль или дискомфорт при наполненном мочевом пузыре, при опорожнении мочевого пузыря, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Так в основной группе нарушения мочеиспускания наблюдались более чем в 2 раза чаще (46,7 % vs 19 %). Необходимо отметить, что симптомы, связанные с мочеиспусканием, манифестировали за 1 – 2 суток до начала менструаций или в первый день менструаций т.е. появление симптомов носило циклический характер и было связано с менструациями. Макрогематурия была самым редким симптомом, что является важным фактом, так как отсутствие макрогематурии во время месячных не исключает поражение мочевого пузыря эндометриоидным инфильтратом.

Те женщины, у которых мочевой пузырь вовлекался в эндометриоидный инфильтрат чаще испытывали болезненные менструации с момента менархе. Также необходимо обратить внимание на тот факт, что более чем у трети этих женщин в анамнезе был установлен диагноз наружный эндометриоз, либо у женщин были оперативные вмешательства по поводу эндометриомы, либо было хирургическое лечение поверхностной формы гетеротопий. Это свидетельствует о том, что поражение мочевого пузыря возникает при рецидиве эндометриоидной болезни. Только у двух женщин (6,7 %) поражение мочевого пузыря было первичным.

Цистоскопическая картина поражения мочевого пузыря имеет свои особенности. Эндометриоидный инфильтрат во всех случаях поражал заднюю стенку мочевого пузыря и располагался на 2 – 3 см выше межмочеточниковой складки по срединной линии. Данное утверждение имеет большое значение для ультразвуковой и эндоскопической диагностики эндометриоза мочевого пузыря.

Резекция мочевого пузыря была выполнена в 57 % случаев, что свидетельствует о том, что эндометриоидный инфильтрат не всегда прорастает до мышечного слоя и слизистой мочевого пузыря.

ВЫВОДЫ

1. Женщины, страдающие ГИЭ с вовлечением мочевого пузыря, имеют более тяжёлое течение эндометриоидной болезни.

2. В 46,7 % случаев женщины, страдающие ГИЭ с вовлечением мочевого пузыря, предъявляют жалобы на нарушение мочеиспускания, которое начинается за 1 – 2 дня или в день менструаций.

3. Эндометриоидный инфильтрат поражает заднюю стенку тела мочевого пузыря на 2 – 3 см выше межмочеточниковой складки по срединной линии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Sukhikh G.T. Algorithms for the management of patients with endometriosis: an agreed position of experts from the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. / G.T. Sukhikh, V.N. Serov, L.V. Adamyan, I.I. Baranov, V.F. Bezhenar, R.I. Gabidullina, et al. // Obstetrics and Gynecology. – 2023. - № 5. – P.159–176.
2. Facchin F. Mental health in women with endometriosis: Searching for predictors of psychological distress. / F. Facchin, G. Barbara, D. Dridi, D. Alberico, L. Buggio, E. Somigliana, et al. // Human Reproduction. - 2017. - Vol.32, №9. - P.1855–1861.
3. Bolze P.A. Urinary tract involvement by endometriosis. Techniques and outcomes of surgical management: CNGOF-HAS endometriosis guidelines. / P.A. Bolze, P. Paparel, F. Golfier // Gynecologie, Obstetrique Fertilité et Senologie. – 2018. - Vol.46, №3. - P.301–308.

Сведения об авторах

В.Л.Протопопова* - студент

М.О.Мурзин - кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

V.L.Protopopova* - Student

M.O.Murzin - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

lera.protopopova.2002@mail.ru

УДК: 618.11-005.1-02-092-08

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Путилова Анастасия Денисовна¹, Боровских Алёна Денисовна¹, Богданова Анна Михайловна^{1,2}

¹Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

² ГБУЗ СО «Центральная городская больница №7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Апоплексия яичника, по данным отечественной литературы, составляет 17–19 % в структуре острой гинекологической патологии и треть всех экстренных госпитализаций в гинекологические стационары. Чаще возникает у молодых женщин, но и в другом возрасте появление данного состояния не исключено. **Цель исследования** – изучить истории болезни пациенток Гинекологического отделения №1 ГБУЗ СО Центральной Городской больницы №7 г. Екатеринбурга, выявить основные закономерности течения данной нозологической единицы, ее диагностику, а также сопоставить полученные данные с источниками литературы. **Материал и методы.** Проведено когортное ретроспективное исследование с изучением историй болезни 27 пациенток Гинекологического отделения №1 ГБУЗ СО Центральной Городской больницы №7 за 2022 год, критерием включения для данной выборки являлся установленный диагноз «Апоплексия яичника», «Разрыв кисты яичника». Исследование проводилось в программе Microsoft Excel с использованием медианы, перцентили: p25 и p75, и ошибки доли. **Результаты.** После изучения гинекологического анамнеза 27 пациенток Гинекологического отделения №1 ГБУЗ СО Центральной Городской больницы №7, были выявлены факторы риска апоплексии яичника и характерные ультразвуковые признаки данной нозологической единицы. **Выводы.** Апоплексия яичников является распространённой нозологической единицей, которая может проявляться у женщин в любом возрасте, и представляет опасность для их жизни. Важным аспектом в лечении данного заболевания является своевременная диагностика и оказание помощи.

Ключевые слова: Апоплексия яичника, фолликулярная киста, киста желтого тела, разрыв кисты яичника.

OVARIAN APOPLEXY

Putilova Anastasiia Denisovna¹, Borovskikh Alena Denisovna¹, Bogdanova Anna Mikhailovna^{1,2}

¹Department of Anatomy, Topographic Anatomy and Operative Surgery

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education of the Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

²GBUZ SO Central City Hospital №7