

УДК 616-09161:57.086:618

Э.Н. ШУМКОВА, У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Ж. АНАЯТОВА, С.С. МЕНЛЯКОВА, З.А. ЖАППАР

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова г. Алматы

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)



Шумкова Э.Н.

Эндометриоз по частоте встречаемости занимает третье место среди гинекологических заболеваний. Это – доброкачественный патологический процесс, характеризующийся разрастанием ткани, сходной по структуре и функции с эндометрием. Как патологический процесс, эндометриоз имеет более чем столетнюю историю изучения и, с точки зрения науки, в наши дни остается не до конца изученным. По данным некоторых исследователей, эндометриоз поражает до 50%, менструирующих женщин. И одним из часто встречающихся вариантов проявления заболевания является аденомиоз, которым страдает до 80% женщин. Частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста составляет от 12 до 50%, и он является частой причиной нарушений репродуктивной функции, вплоть до развития бесплодия. По локализации патологического процесса выделяют: 1) Генитальный эндометриоз; 2) Экстрагенитальный эндометриоз. Существуют различия клинических и морфологических проявлений внутреннего (аденомиоза) и наружного эндометриоза (овариального эндометриоза). Актуальность темы связана как с высокой частотой заболевания, так и с возможным рецидивом эндометриозных образований после оперативного лечения, а также с развитием злокачественных опухолей.

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, наружный эндометриоз, гиперплазия, морфология.

Эндометриоз по частоте встречаемости занимает третье место среди гинекологических заболеваний после воспалительных процессов и лейомиомы матки [11].

Это – доброкачественный патологический процесс, характеризующийся разрастанием ткани, сходной по структуре и функции с эндометрием [1, 2, 3]. Однако в отличие от неизменной слизистой оболочки тела матки, эндометриозная ткань менее подвержена воздействию гормонов, слабо реагирует на воздействие экзогенных гормонов.

Актуальность темы связана как с высокой частотой заболевания, так и с возможным рецидивом эндометриозных образований после оперативного лечения [11].

Как патологический процесс, эндометриоз имеет более чем столетнюю историю изучения и, с точки зрения науки, в наши дни остается не до конца изученным. По данным некоторых исследователей, эндометриоз поражает до 50% менструирующих женщин. И одним из часто встречающихся вариантов проявления заболевания является аденомиоз, которым страдает до 80% женщин [24, 25].

Частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста составляет от 12 до 50%, и он является частой причиной нарушений репродуктивной функции, вплоть до развития бесплодия, синдрома хронических тазовых болей, разнообразной моно- и полиорганной патологии [1, 2, 3]. Возможно возникновение эндометриоза у 10% девочек в период менархе и у 2–4% женщин в менопаузе [11]. Во всем

мире генитальным эндометриозом страдает около 200 млн. женщин в возрасте от 15 до 49 лет [15, 16]. В настоящее время отмечается рост заболевания во всех странах. Эта тенденция не обошла и Казахстан. По данным литературы эндометриоз наблюдается у 10–15% женщин раннего репродуктивного периода в возрасте от 19 до 35 лет, когда они заканчивают образование, делают карьеру, создают семью [17, 19]. У 80% женщин с хронической тазовой болью и у 50% женщин с бесплодием выявляется эндометриоз. В связи с этим в последние годы проблема эндометриоза приобретает все большее социальное значение, переставая быть только медицинской проблемой [17, 18].

Сущность, этиология и патогенез эндометриоза до настоящего времени не ясны, и ни одна из более чем десяти предложенных теорий его происхождения не может объяснить всего многообразия форм и проявлений этого заболевания [1, 2, 5, 6].

Это не позволяет разрабатывать меры профилактики и ранней диагностики, эффективные методы лечения и предотвращения грозных осложнений эндометриоза [2, 7, 8].

В последние годы эндометриоз начали рассматривать как самостоятельную нозологическую единицу (эндометриозную болезнь). Это – хроническое заболевание с различной локализацией эндометриозных очагов (ЭО), отличающихся автономным и инвазивным ростом, изменением молекулярно-биологических свойств клеток как эктопического, так и эутопического эндометрия [9].

Контакты: Шумкова Эльмира Николаевна, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 700 469 16 03, e-mail: elmira.shumkova@mail.ru.

Contacts: Elmira Nikolaevna Shumkova, Candidate of Medical Sciences, Associate professor of pathological anatomy of the Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. +7 700 469 16 03, e-mail: elmira.shumkova@mail.ru

Согласно классификации по МКБ-10 заболевание имеет следующие шифры

- N80 Эндометриоз;
- N80.0 Эндометриоз матки (аденомиоз);
- N80.1 Эндометриоз яичника;
- N80.2 Эндометриоз маточной трубы;
- N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины;
- N80.4 Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки и влагалища

- N80.5 Эндометриоз кишечника;
- N80.6 Эндометриоз кожного рубца;
- N80.8 Другой эндометриоз;
- N80.9 Эндометриоз неуточненный.

По докализации патологического процесса выделяют:

1. Генитальный эндометриоз

- внутренний аденомиоз (в мышечной оболочке матки);
- наружный перешеек+шейка, труб, яичников, связок, брюшины.

2. Экстрагенитальный

- мочевого пузыря;
- кишечника;
- послеоперационного рубца и передней брюшной стенки;
- почек, легких, конъюнктивы и др [12].

Существуют различия клинических и морфологических проявлений внутреннего (аденомиоза) и наружного эндометриоза (овариального эндометриоза).

Аденомиоз, как манифестирующий патологический процесс, регистрируется в предменопаузальном периоде (после 40 лет). Почти в 90% случаев сопровождается развитием множественных интерстициальных миоматозных узлов, в 60% – железистой гиперплазией эндометрия, в 100% случаев – фиброзно-кистозной трансформацией или фиброзной дегенерацией яичников. Размеры очагов аденомиоза в среднем составляют 0,8 мм². Очаги имеют разную форму. По периферии определяются гипертрофия мышечных клеток, расширение лимфатических сосудов. У большинства очагов наблюдается прорастание стромальных клеток по соединительнотканым прослойкам между миоцитами. Эндометриальные структуры в миометрии представлены многочисленными эндометриальными железами. У 95% пациенток с аденомиозом к основным провоцирующим причинам эктопии эндометрия и гиперплазии гладкомышечных клеток с образованием миоматозных узлов можно отнести многочисленные медицинские аборт и, как следствие, индукцию репаративных процессов в условиях гормонального дисбаланса [2, 4].

Овариальный ЭМ поражает яичники в молодом возрасте (преимущественно до 30 лет). Присутствие в окружающей эндометриоидные кисты соединительной ткани гемосидерина и сидерофагов, а также значительный фиброз яичников свидетельствуют о давних и, возможно, многократных повреждениях яичников неясного генеза. Значительное повреждение яичников у пациенток с овариальным ЭМ подтверждается высоким уровнем в сыворотке крови онкогена СА-125 (превышающим предельные значения нормы почти в 2 раза). Молодой возраст пациенток и отсутствие в большинстве случаев инвазивных вмешательств позволяют

считать, что в развитии овариального ЭМ большую роль играет генетическая предрасположенность [2, 4].

При осмотре влагалищной части шейки матки видны эндометриоидные очаги различной величины и формы (от мелкоклеточных до кистозных полостей 0,7-0,8 см в диаметре различной окраски). В перешейке матки определяются уплотнение, расширение, болезненность, а также в заднем своде выявляются инфильтрация и спаечные изменения. При пальпации прощупываются утолщение, напряжение и болезненность крестцово-маточных связок [15, 20, 22].

При эндометриозе яичников с одной или двух сторон пальпируются полноватые, увеличенные, болезненные и неподвижные яичники. Нередко это конгломерат придатков матки овоидной формы различной величины, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижные, расположенные в боковом или заднем своде, спаянные с маткой и брюшиной прямокишечного пространства [15, 16, 21].

Эндометриоз ректовагинальной перегородки при влагалищном исследовании определяется в виде плотного болезненного образования с нервною поверхностью величиной 0,8-1 см и крупнее (до 4-5 см) на задней поверхности перешейка матки. Узел окружен плотной болезненной инфильтрацией, распространяющейся на переднюю стенку прямой кишки и задний свод влагалища [16, 20, 23].

Характерной особенностью эндометриоза является способность к инфильтративному росту с инвазией в окружающие ткани и их деструкцией, а также возможность лимфогенного и гематогенного метастазирования. Однако эндометриоз отличается от злокачественного процесса отсутствием клеточной атипии, что подтверждается отрицательной иммуногистохимической реакцией на онкомаркер p53 и зависимостью клинических проявлений от менструального цикла.

Морфологическая диагностика эндометриоза основывается на идентификации цилиндрического эпителия и подэпителиальной стромы, имеющих сходство с подобными составляющими слизистой оболочки матки.

Согласно классификации J.A. Brosens (1993), выделяют 3 типа гистологической структуры эндометриоидных поражений:

- слизистый (с жидкостным содержимым), представленный в виде эндометриоидных кист или поверхностных поражений яичника;
- перитонеальный, который диагностируется микроскопически по активным эндометриоидным очагам (красные, железистые или пузырьковидные), прорастающие в глубь тканей; черные, складчатые и регрессирующие – белые (фиброзные), которые чаще выявляются в репродуктивном возрасте;
- узловой – аденома, локализованная между гладкомышечными волокнами и фиброзной тканью, как правило, выявляемая в связочном аппарате матки и ректовагинальной перегородке.

Многие авторы связывают особенности клинических проявлений заболевания с глубиной прорастания эндометриоидных имплантатов в подлежащие ткани (миометрий, брюшину, яичники, параметрий, стенки кишки, мочевого пузыря и др.).

Глубоким эндометриозом считают очаги, инфиль-

трирующие пораженную ткань на глубину 5 мм и более. Глубокоинфильтрирующий эндометриоз диагностируют у 20-50% больных.

P.R. Konincks (1994) выделяет 3 типа глубокого эндометриоза, считая его и эндометриозные кисты яичников конечной стадией развития заболевания:

- тип 1 – конусообразная форма очага эндометриоза, которая не нарушает анатомии малого таза;
- тип 2 – глубокая локализация очага с обширным окружающим спаечным процессом и нарушением анатомии малого таза;
- тип 3 – глубокий эндометриоз со значительным распространением по поверхности брюшины.

Автор отметил корреляцию возрастания частоты обнаружения глубоко прорастающего эндометриоза с возрастом пациенток (Konincks P.R., 1994), что подтверждает концепцию прогрессирования заболевания.

Многочисленные исследования указывают на особенности морфологической структуры различных локализаций эндометриоза:

- вариабельность соотношений эпителиального компонента и стромы очагов эндометриоза;
- несоответствие морфологической картины эндометрия и эндометриозных поражений;
- митотическая активность (секреторная активность) эктопий эндометриоза, не коррелирующая с морфологической характеристикой эндометрия;
- полиморфизм железистого компонента очага эндометриоза (высокая частота обнаружения в эндометриозных имплантатах у одной и той же больной эндометрия, соответствующего разным формам менструального цикла);
- разнообразие васкуляризации стромы эндометриозных гетеротопий.

Данные литературы указывают, что самым частым сопутствующим патологическим процессом при эндометриозе, особенно при аденомиозе, является миома матки. Сочетание аденомиоза с эндометриозом других половых органов, преимущественно яичников, также частое явление и диагностируется у 25,2 – 40% больных.

Патологическая трансформация эндометрия диагностируется в 31,8-35% наблюдений в сочетании с внутренним эндометриозом. Этот процесс характеризуется полипами на фоне неизменной слизистой оболочки матки (56%), а также сочетанием полипов с различными видами гиперплазии эндометрия (44%).

Важно подчеркнуть, что гиперплазия эндометрия – настолько частое явление, что может и не иметь причинно-следственной связи с эндометриозом, а только сочетается с данной патологией.

Заслуживает определенного внимания высокая частота гиперпластических процессов в яичниках при аденомиозе, которые наблюдают в 2 раза чаще, чем в эндометрии. Отмечена прямая зависимость между частотой гиперпластических процессов в яичниках и распространением эндометриоза в стенке матки [10].

По распространенности процесса внутриматочный эндометриоз может быть диффузным или очаговым. Диффузный эндометриоз матки характеризуется её увеличением, утолщением стенок до 4-5 см (в период мено-

паузы увеличение матки незначительно). При очаговом эндометриозе в матке обнаруживают крупные и мелкие узлы без четких границ.

При аденомиозе ткань матки в очаге поражения имеет ячеистое строение, бледную или бледно-розовую окраску. Иногда в миометрии обнаруживают эндометриозные кисты с кровянистым содержимым.

По глубине распространения эндометриозной ткани в миометрии при диффузном процессе различают три степени внутреннего эндометриоза матки.

• При внутреннем эндометриозе матки I степени внутренние слои миометрия поражаются на глубину, соответствующую величине поля зрения при малом увеличении микроскопа.

• Внутренний эндометриоз матки II степени характеризуется распространением эндометриозной ткани до середины мышечной оболочки матки.

• При внутреннем эндометриозе III степени поражается вся стенка матки до её серозной оболочки.

Эндометриоз маточных труб обычно сопровождается поражением матки и яичников. Поражение эндометриозом всей маточной трубы, а также очаговый эндометриоз ампулярного и истмико-ампулярного отделов маточной трубы встречаются редко. Чаще наблюдается эндометриоз маточной трубы в области перешейка. При макроскопическом исследовании это мелкие и крупные узелки проявляются резким утолщением маточной трубы в этой области, обусловленным очаговой гиперплазией мышечной ткани. Вокруг очагов эндометриоза микроскопически обнаруживаются отёк, кровоизлияния, спайки и рубцовые изменения. Во время беременности в очагах внутреннего и наружного эндометриоза возможны децидуальное превращение стромы, а также появление в ней клеток, напоминающих децидуальные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. Практическое пособие. – М.: Медицина, 1996. – 330 с.
- 2 Адамьян Л.В. Эндометриозы / руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2006. – 416 с.: ил.
- 3 Treloar S.A., Wicks J., Nyholt D.R. et al. Genome-wide linkage study in 1176 affected sister pair families identifies a significant susceptibility locus for endometriosis on chromosome 10q26 // American Journal of Human Genetics. – 2005. – Vol. 77(3). – P. 3556-376, 2005
- 4 Bulun S.E. Endometriosis // N Engl J Med. – 2009 Jan 15. – Vol. 360(3). – P. 268-79. doi: 10.1056/NEJMra0804690.
- 5 Стрижаков А.Н. Трансвагинальная эхография: 2Д и 3Д методы / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. – М.: ОСПН, 2006. – 157 с.: ил.
- 6 Bilotas M, Baranao RI, Buquet R, Sueldo C, Tesone M, Meresman G. Effect of GnRH analogues on apoptosis and expression of Bcl-2, Bax, Fas and FasL proteins in endometrial epithelial cell cultures from patients with endometriosis and controls // Hum Reprod. – 2007. – N. 22. – P. 644-653
- 7 Ожиганова И.Н. Неопухольная патология эндометрия. Часть II. – СПб.: ВВМ, 2007. – 53 с.

8 Koninckx Ph. Is mild endometriosis a disease? Is mild endometriosis a condition occurring intermittently in all women? // Hum Reprod. – 1994. – N 9. – P. 2202-2205

9 Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – Глава 2.9

10 Гуляева Н.И., Старцева Н.В. Морфологическая характеристика очагов эндометриоза // Успехи современного естествознания. – 2010. – №4 – С. 84-85

11 Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. Изд. 2-е. – М., 2007. – С. 416

12 Аничков Н.М., Печеникова В.А. Сочетание аденомиоза и лейомиомы матки // Архив патологии. – 2005. – Т. 67 (3). – С. 31-34

13 Endometriosis: Diagnosis and Management // Journal of obstetrics and gynecology. – Canada, 2010 July. – N 244. – P. 1-36

14 Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация / Федеральное клиническое руководство по ведению больных. – М., 2013. – 65 с.

15 Дошанова А.М. Эндометриоз – социальная болезнь // Вопросы акушерства и гинекологии. – 2011. – №3. – С. 4-6

16 Адамян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С. и др. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2011. – №6. – С. 78-81

17 Adamson D.G., Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solution in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis research Foundation // Journal of Endometriosis. – 2010. – N 2. – P. 3-6

18 Логинова О.Н., Сонова М.М. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2011. – №6. – С. 28-29

19 Дошанова А.М., Кусаинова Ф.А., Скакова Р.С. Современные аспекты диагностики и лечения генитального эндометриоза: метод. рекомендации. – Алматы, 2002. – 25 с.

20 Чернуха Г.Е. Эндометриоз и хроническая тазовая боль: причины и последствия // Проблемы репродукции. – 2011. – №5. – С. 83-89

21 Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Рухляда Н.Н. Проблема современной диагностики аденомиоза матки // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. 51. – Вып. 1. – С. 105-111

22 Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Станоевич И.В., Бавалова А.А., Ромаданова Ю.А. Современные проблемы наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2007. – Т. 5. – С. 67-73

23 Сидорова И.С., Коган Е.А., Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников. – М.: ММА им. И.М. Сеченова. – 2007. – 30 с.

24 Унанян А.Л., Сидорова И.С., Коган Е.А., Демура А., Демура С.А. Активный и неактивный аденомиоз: вопросы патогенеза и патогенетической терапии // Акушерство и гинекология. – 2013. – Т. 4. – С. 10-3

25 Бурлев В.А. Эктопический эндометрий: пролиферативная активность и апоптоз у больных с активной и неактивной формами перитонеального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2012. – Т. 6. – С. 7-13

26 Адамян Л.В., Зайратьянц О.В., Максимова Ю.В., Мурдалова З.Х. Новые патогенетические аспекты распро-

страненного инфильтративного эндометриоза: теории и практика // Проблемы репродукции. – 2010. – Т. 4. – С. 31-6

27 CNGOF Guidelines for management of endometriosis // College National des Cynecologyet Obstetriciennes. – Paris, 2006. – N 94. – P. 9-15

28 Payá V., Hidalgo-Mora J.J., Diaz-Garcia C., Pellicer A. Surgical treatment of rectovaginal endometriosis with rectal involvement // Gynecol. Surg. – 2011. – Т. 8. – P. 269-77

29 Wattiez A., Puga M., Alborno J., Faller E. Surgical strategy in endometriosis // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2013. – Vol. 27(3). – С. 381-92

30 Kavallaris A., Chalvatzas N., Hornemann A., Banz C., Diedrich K., Agic A. 94months follow-up after laparoscopic assisted vaginal resection of septum rectovaginale and rectosigmoid in women with deep infiltrating endometriosis // Arch. Gynecol. Obstet. – 2011. – Vol. 283(5). – С. 1059-64

31 Mabrouk M., Spagnolo E., Raimondo D., D'Errico A., Caprara G., Malvi D. et al. Segmental bowel resection for colorectal endometriosis: is there a correlation between histological pattern and clinical outcomes? // Hum. Reprod. – 2012. – Vol. 27(5). – P. 1314-9

32 Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 104 с.

33 Endometriosis & Dioxin Copyright 2009 Endometriosis Association. www.endometriosisassn.org

34 Dalsgaard T., Hjordt Hansen M.V., Hartwell D., Lidegaard O. Reproductive prognosis in daughters of women with and without endometriosis // Hum. Reprod. – 2013. – Vol. 28(8). – P. 2284

35 Pittatore G., Moggio A., Benedetto C., Bussolati B., Revelli A. Endometrial adult/progenitor stem cells: pathogenetic theory and new antiangiogenic approach for endometriosis therapy // Reprod. Sci. – 2014. – Vol. 21(3). – P. 296-304

36 Kaei N., Masakazy N., Yukie K., Akitoshi T., Wakana A., Akitoshi Y. et al. Aberrant expression of apoptosis – related molecules in endometriosis: a possible mechanism underlying the pathogenesis of endometriosis // Reprod. Sci. – 2011. – Vol. 18(3). – P. 206-18

37 Vinatier D., Dufour P., Oosterlynck D. Immunological aspects of endometriosis // Hum. Reprod. Update. – 1996. – Vol. 2(5). – P. 371-84

38 Giudice L.C., Evers J.L.H., Healy D.L., eds. Endometriosis: science and practice. – Wiley-Blackwell, 2012. – P. 600

39 Баранов В.С., Ивашенко Т.Э., Швед Н.Ю., Крамарева Н.Л., Асеев М.В. Генетические аспекты профилактики и лечения эндометриоза. Пособие для врачей. Айламазян Э.К., ред. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2004. – 24 с.

40 Fischer C.P., Kayisili U., Taylor H.S. HOXA10 expression is decreased in endometrium of women with adenomyosis // Fertil. Steril. – 2011. – Vol. 95(3). – P. 1133-6

41 Wang W.T., Zhao Y.N., Han B.W., Hong S.J., Chen Y.Q. Circulating microRNAs identified in a genome-wide serum microRNA expression analysis as noninvasive biomarkers for endometriosis // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2013. – Vol. 98(1). – P. 281-9

42 Strehl J.D., Hackl J., Wachter D.L., Klingsiek P., Burghaus S., Renner S.P. et al. Correlation of histological and macroscopic findings in peritoneal endometriosis // Int. J. Clin. Exp. Pathol. – 2013. – Vol. 7(1). – P. 152-62

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Э.Н. ШУМКОВА, У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Ж. АНАЯТОВА,
С.С. МЕНЛАЯКОВА, З.А. ЖАППАР

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті, Алматы қ.

**РЕПРОДУКТИВТІ ЖӘНЕ КЛИМАКС КЕЗІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕР-
ДЕГІ СЫРТҚЫ ЖӘНЕ ІШКІ ЭНДОМЕТРИОЗДЫҢ МОРФО-
ЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ (әдебиет шолу)**

Эндометриоз гинекологиялық аурулардың ішінде кездесу жиілігі бойынша үшінші орынды алады. Бұл – эндометрийдің қызметі мен құрылымына ұқсас тіндердің өсуімен сипатталатын қатерсіз патологиялық үдеріс. Эндометриоз жүздеген жылдар тарихы бар патологиялық үдеріс ретінде ғылыми көзқарас бойынша біздің заманымызда толық анықталмаған. Кейбір зерттеушілердің мәліметтерінде, эндометриоз 50% етеккір келетін жастағы әйелдерді зақымдайды. Оның ішінде жиі кездесетін аурудың түрі аденомиоз болып саналады, онымен 80% әйелдер зардап шегеді. Репродуктивті жастағы әйелдердің эндометриозбен ауыру жиілігі 12 ден 50% жетеді және ол репродуктивті қызметтің бұзылуының жиі себептерінің бірі болып саналады да бедеулікке дейін алып келеді. Патологиялық үдерістің орналасуына байланысты: 1) Гениталді эндометриоз; 2) Экстрагениталді эндометриоз болып бөлінеді. Ішкі (аденомиоз) бен сыртқы эндометриоздың (овариалді эндометриоз) клиникалық және морфологиялық көріністерінің айырмашылықтары бар. Тақырыптың өзектілігі аурудың жиіленуінің жоғарылауы оперативтік жолмен емдеуден кейінгі эндометриоздың түзілістердің рецидив беруінің мүмкіндігімен байланысты.

Негізгі сөздер: эндометриоз, аденомиоз, сыртқы эндометриоз, гиперплазия, морфология.

SUMMARY

E.N. SHUMKOVA, U.A. ALSHERIEVA, B.G. ANAYATOVA,
S.S. MENLAYAKOVA, Z.A. JAPPAR

Kazakh national Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov,
Almaty c.

**MORPHOLOGICAL FEATURES OF EXTERNAL AND INTER-
NAL ENDOMETRIOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AND
MENOPAUSAL AGE (literature review)**

Endometriosis takes of the occurrence of the third place among gynecological diseases. This is benign disease process characterized by tissue overgrowth similar in structure and function to the endometrium. As the pathological process of endometriosis has more than a hundred years of history, from the point of view of science, in our days remains not fully understood. According to some researchers, endometriosis affects up to 50% of menstruating women. And one of the most common variants of manifestations of the disease is adenomyosis, which affects up to 80% of women. The frequency of endometriosis in women of reproductive age from 12 to 50% and it is a reproductive function disorders, until the development of infertility. According to the localization of the pathological process is isolated: 1) endometriosis; 2) extragenital endometriosis. There are differences in the clinical and morphological manifestations of internal (adenomyosis) and external endometriosis (ovarian endometriosis). Relevance of the topic related to both the high frequency of the disease and the possible recurrence of endometriosis after surgical treatment formations.

Key words: endometriosis, adenomyosis, endometriosis, outdoor, hyperplasia, morphology.

Для ссылки: Шумкова Э.Н., Алшериева У.А., Анаятова Б.Ж., Менлаякова С.С., Жаппар З.А. Морфологические особенности наружного и внутреннего эндометриоза у женщин репродуктивного и климактерического возраста (обзор литературы) // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No 11 (161). – P. 101-105

Статья поступила в редакцию 16.10.2015 г.

Статья принята в печать 25.11.2015 г.