

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК 618.145-007.415-039.11

**Караченцова И.В.<sup>1,2</sup>, Логачёва Т.М.<sup>1,2</sup>, Кашоян А.Р.<sup>1</sup>**

## РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЭНДОМЕТРИОЗА

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, 119571, г. Москва

Для корреспонденции: Караченцова Ирина Васильевна, канд. мед. наук, доцент каф. акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва; врач акушер-гинеколог отделения детской гинекологии в ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, 119571, г. Москва; e-mail: 5053104@list.ru

*За последние несколько лет отмечается рост заболеваемости эндометриозом, что связывают с увеличением продолжительности жизни женщин с нейроэндокринными расстройствами. Несмотря на большое количество исследований, до сих пор остаются невыясненными многие аспекты этиологии и патогенеза заболевания. Данная работа нацелена на раскрытие наследственного фактора как одной из причин развития эндометриоза.*

*Ключевые слова:* эндометриоз; наследственная предрасположенность; группы риска.

*Для цитирования:* Караченцова И.В., Логачёва Т.М., Кашоян А.Р. Ранние диагностические признаки эндометриоза. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва.* 2018; 5(3): 154-156.  
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-3-154-156>

**Karachentsova I.V.<sup>1,2</sup>, Logacheva T.M.<sup>1,2</sup>, Kashoyan A.R.<sup>1</sup>**

### EARLY DIAGNOSTIC SIGNS OF ENDOMETRIOSIS

<sup>1</sup>N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, 117997, Russian Federation;

<sup>2</sup>Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, 119571, Russian Federation

*Over the past few years, there has been a gain in the incidence of endometriosis, which is associated with an increase in the life expectancy of women with neuroendocrine disorders. Despite a large number of studies, many aspects of the etiology and pathogenesis of the disease remain unexplained. This work is aimed at revealing the hereditary factor as one of the reasons for the development of endometriosis.*

*Keywords:* endometriosis; hereditary predisposition; risk groups.

*For citation:* Karachentsova I.V., Logacheva T.M., Kashoyan A.R. Early diagnostic signs of endometriosis. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal.* 2018; 5(3): 154-156. (in Russ.).  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-3-154-156>

*For correspondence:* Irina V. Karachentsova, M.D., Ph.D., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Pediatric Faculty of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, 117997, Russian Federation; obstetrician-gynecologist of the Department of pediatric gynecology of the Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, 119571, Russian Federation; e-mail: 5053104@list.ru

#### **Information about authors:**

Kashoyan A.A., <https://orcid.org/0000-0001-7826-2391>

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

Received 31.07.2018  
Accepted 10.09.2018

### Введение

Распространённость эндометриоза среди женщин детородного возраста в мире, согласно статистике ВОЗ, составляет 10–15%. Данное заболевание относится к социально значимым проблемам, так как приводит к ухудшению работоспособности, а самое главное – является одной из причин снижения фертильности и приводит к бесплодию. Согласно наследственной теории возникновения эндометриоза, данное заболевание имеет полигенно-мультифакториальный характер, и его диагностика возможна уже в период пубертатного периода жизни женщины. Согласно исследованиям, проведённым Международной ассоциацией эндометриоза, у 65% пациенток первые признаки заболева-

ния (дисменорея, тазовые боли) появились в 15–16 лет, что при своевременном направлении к специалисту и правильном ведении данной группы пациенток облегчило бы диагностику и лечение данной патологии. К сожалению, из-за позднего обращения к гинекологу основным методом лечения эндометриоза является хирургический, что значительно уменьшает овариальный резерв и качество жизни в целом. При грамотном и правильном выявлении ранних признаков эндометриоза возможно формирование группы риска по развитию данного заболевания еще в подростковом возрасте.

Цель работы – выявить наиболее ранние диагностические признаки эндометриоза и сформировать группы риска по развитию данного заболевания.

## Материал и методы

В хирургическом гинекологическом отделении Российской детской клинической больницы (РДКБ) обследовано 48 девочек в возрасте 12,5–17,5 года с рецидивирующими маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП), дисменореей и синдромом тазовой боли. Алгоритм обследования данной группы больных включал в себя следующие этапы: тщательный сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза, лабораторные исследования: онкомаркеры СА 125, СА 19-9, СА 15-3 и альфа-фетопротеин (АФП). Помимо обследования девочек мы собрали тщательный гинекологический анамнез у 63 родственниц: мам, бабушек, сестёр, а также у 6 мам определили уровень онкомаркера СА 125 в крови.

## Результаты и обсуждение

Выявлено, что у 48 (100%) обследуемых детей МКПП носили рецидивирующий характер. У 15 (31%) из 48 девочек отмечена болезненность в первые дни менструации, особенно на 2–3-й день цикла, а также периодически возникающие тянущие тазовые боли. У 15 (31%) пациенток матери страдали эндометриозом, выявленным в возрасте 23–37 лет. У 13 (16%) из 48 пациенток в анамнезе у старших родных сестёр отмечалось снижение фертильности (не наступала беременность при регулярной половой жизни без предохранения более 6 мес) или было диагностировано бесплодие (не наступала беременность при регулярной половой жизни без предохранения более 12 мес) на фоне течения различных вариантов эндометриоза (наружного и внутреннего), и характерная симптоматика данного заболевания появилась задолго до постановки окончательного диагноза, а именно – старшие сёстры отмечали изменение характера менструации: обильные кровяные выделения со сгустками по типу меноррагии, болезненные ощущения на 2–3-й день менструации, длительные мажущие кровяные выделения после менструации разной степени выраженности. По данным лабораторной диагностики, у 36 (75%) из 48 пациенток были повышены концентрации онкомаркеров: СА 125 (максимальное значение у пациентки 16 лет – 36,7 Ед/мл при норме 0–35 Ед/мл), СА 19-9 (максимальное значение у пациентки 15 лет – 41 Ед/мл при норме 0–37 Ед/мл), СА 15-3 (максимальное значение у пациентки 14 лет – 39 Ед/мл при норме 0–28 Ед/мл), а также уровень АФП (максимальное значение у пациентки 17 лет – 6,79 МЕ/мл при норме 0–6,67 МЕ/мл). У остальных девочек показатели онкомаркеров колебались в следующих пределах: СА 125 – в интервале 15–33 Ед/мл, СА 19-9 – 14,2–34,2 Ед/мл, СА 15-3 – 15–29,3 Ед/мл, АФП – 1,45–3,0 МЕ/мл. Из 6 мам, у которых было определено содержание онкомаркера СА 125 в крови, только у 2 показатели не превышали значение 20 Ед/мл, у остальных 4 мам показатели данного онкомаркера колебались в пределах 25–47 Ед/мл, что характерно для эндометриоза.

## Заключение

Таким образом, нами доказано, что девочки с рецидивирующими маточными кровотечениями пубертатного периода составляют группу риска по развитию эндометриоза в дальнейшем и требуют тщательного наблюдения при переходе в сеть поликлиник для взрослых. Также нами доказана наследственная предрасположенность к развитию эндометриоза, что ещё раз подчёркивает необходимость тщательного сбора гинекологического анамнеза не только девочки, но и её мамы, бабушек и ближайших родственниц. Ранними диагностическими признаками эндометриоза могут служить рецидивирующие МКПП и альгодисменорея в подростковом периоде.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза. *Акушерство и гинекология*. 1992; 3 (7): 54-9.
2. Адамян Л.В., Селезнёва Н.Д., Стрижаков А.Н., Ищенко А.И. *Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза: Методические рекомендации*. М.: Минздрав СССР; 1990.
3. Адамян Л.В., Алексеева М.Л., Новиков Е.А. и др. Диагностическая значимость определения антигена СА 125 у гинекологических больных. *Акушерство и гинекология*. 1990; (12): 57-8.
4. Адамян Л.В., Андреева Е.А. *Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение: Методическое пособие для врачей*. М.; 2001.
5. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Клинико-генетические аспекты аденомиоза. *Акушерство и гинекология*. 1999; (3): 38-43.
6. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. *Диагностическая и хирургическая гистероскопия в гинекологии*. Методические рекомендации. М.; 1997.
7. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза. *Акушерство и гинекология*. 1995; (4): 10-4.
8. Адамян Л.В., Гаспарян С.А., Сереженков В.А., Ванин А.Ф., Бугрова Е.Н. Нарушение связывания железа при эндометриозе. *Акушерство и гинекология*. 2003; (6): 24-7.
9. Адамян Л.В., Демидов В.Н., Хачатрян А.К. Гистероскопическая и эхографическая диагностика аденомиоза. В кн.: *Тезисы докладов Конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки»*. М.; 1997: 54-5.
10. Адамян Л.В., Кулаков В.И. *Эндометриозы: Руководство для врачей*. М.: Медицина; 1998.

## REFERENCES

1. Adamyan L.B. Clinic, diagnosis and treatment of genital endometriosis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1992; 3 (7): 54-9. (in Russian)
2. Adamyan L.V., Selezneva N.D., Strizhakov A.N., Ishchenko A.I. *Clinic, diagnosis and treatment of genital endometriosis: Methodological recommendations. [Klinika, diagnostika i lecheniye genital'nogo endometrioza: Metodicheskiye rekomendatsii]*. Moscow: Minzdrav SSSR; 1990. (in Russian)
3. Adamyan L.B., Alekseyeva M.L., Novikov E.A. et al. Diagnostic significance of the determination of CA 125 antigen in gynecological patients. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1990; (12): 57-8. (in Russian)
4. Adamyan L.B., Andreyeva E.A. *Genital endometriosis: etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment: A manual for physicians. [Genital'nyy endometrioza: etiopatogenez, klinika, diagnostika, lecheniye: Metodicheskoye posobiye dlya vrachey]*. Moscow; 2001. (in Russian)

5. Adamyan L.B., Andreyeva E.N. Clinical and genetic aspects of adenomyosis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1999; (3): 38-43. (in Russian)
6. Adamyan L.B., Beloglazova S.E. *Diagnostic and surgical hysteroscopy in gynecology. Guidelines. [Diagnosticheskaya i khirurgicheskaya gisteroskopiya v ginekologii. Metodicheskiye rekomendatsii]*. Moscow; 1997. (in Russian)
7. Adamyan L.V., Bobkova M.V. Modern approaches to the treatment of endometriosis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1995; (4): 10-4. (in Russian)
8. Adamyan L.B., Gasparyan S.A., Serezhenkov V.A., Vanin A.F., Bugrova E.N. Impaired binding of iron in endometriosis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2003; (6): 24-7. (in Russian)
9. Adamyan L.V., Demidov V.N., Khachatryan A.K. Hysteroscopic and echographic diagnostics of adenomyosis. In: *Abstracts of the Congress "Endoscopy in the diagnosis and treatment of uterine pathology."* [V kn.: *Tezisy dokladov Kongressa «Endoskopiya v diagnostike i lechenii patologii matki»*]. Moscow; 1997: 54-5. (in Russian)
10. Adamyan L.B., Kulakov V.I. *Endometriosis: A Guide for Physicians. [Endometriozy: Rukovodstvo dlya vrachey]*. Moscow: Meditsina; 1998. (in Russian)

Поступила 31.07.2018  
Принята к печати 10.09.2018

