

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНА КАРТИНА ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ І АДЕНОМІОЗУ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

ВСТУП

Ендометріоз – хронічне запальне гіперпроліферативне естрогензалежне захворювання жінок репродуктивного віку, що характеризується розростанням поза маткою тканини, морфологічно і функціонально схожої на ендометрій [6, 31]. Захворювання може вражати жінок із підліткового віку й продовжуватися після менопаузи, що призводить до значних фізичних і психологічних страждань, соціальної дезадаптації, фінансових витрат [8–10, 12]. Понад 190 млн жінок у світі (кожна десята) страждають на ендометріоз, а серед пацієнок із безпліддям та хронічним тазовим болем ендометріоз діагностують у кожній другій [11, 13]. Сучасні класифікації виділяють фенотипи генітального ендометріозу: поверхневий перитонеальний, ендометріоз яєчників, глибокий перитонеальний ендометріоз [14, 17, 21]. Доведено чіткий зв'язок зі спадковістю цього захворювання в кожній третій пацієнтки, наявністю соматичних мутацій [15, 18], підвищеним ризиком малігнізації ендометріозу навіть у жінок репродуктивного віку [16].

Аденоміоз – це захворювання, яке характеризується наявністю ендометріальних залоз і стромы в міометрії, що призводить до гіпертрофії прилеглого міометрію та супроводжується такими симптомами, як збільшення матки, аномальні маткові кровотечі, тазовий біль, порушення репродуктивної функції, акушерські ускладнення [22]. Фенотипи аденоміозу включають дифузну та фокальну форму (аденоміома) і в 30–60% випадків можуть поєднуватися з ендометріозом. Ендометріоз та аденоміоз нерідко асоціюються з іншими гіперпроліферативними захворюваннями – міомою матки, гіперпластичними процесами ендометрію, що ускладнює вибір лікувальної тактики, особливо в жінок із нереалізованою репродуктивною функцією [26, 29].

Ендометріоз називають «хворобою теорій» через відсутність єдиного погляду щодо етіології та патогенезу, але більшість дослідників вважають ендометріоз епігенетичною хворобою, пов'язаною з екологічним станом навколишнього середовища, хронічним запаленням і «марафонним» стресом [8, 20].

Рішення щодо лікування повинно бути індивідуалізованим і враховувати клінічну картину, виразність симптомів, ступінь захворювання, локалізацію, репродуктивні плани, вік пацієнтки, побічні ефекти ліків, частоту хірургічних ускладнень та вартість лікування. Терапія тазового болю, пов'язаного з ендометріозом, включає анальгетики, гормональні препарати (прогестини, комбіновані пероральні контрацептиви, агоністи й антагоністи гонадотропного рилізінг-гормону), хірургічне втручання та, найчастіше, їх поєднання [23–25]. Операцію, якщо вона необхідна, слід виконувати в найкращий для пацієнтки момент і в найкращих умовах (спеціалізовані сертифіковані центри), причому інші причини безпліддя та/або тазового болю повинні бути виключені.

Хірургічне лікування ендометріозу залежить від його фенотипу і субфенотипу (глибокий інфільтративний ендометріоз, поверхневий перитонеальний ендометріоз, одно- або двобічний ендометріоз яєчників, аденоміоз, їх поєднання), наявності супутньої патології та полягає у видаленні всіх видимих уражень для покращення фертильності, зниження ризику рецидивів тазового болю й розвитку гідронефрозу. Метою стандартизованого хірургічного лікування є повне руйнування або видалення уражених ендометріозом тканин і спайок, видалення міом, зниження ризику післяопераційних ускладнень, а успіх у досягненні цієї мети значною мірою залежить від майстерності хірурга [30–32]. Окремою проблемою можуть бути наслідки радикальної терапії (післяопераційні ускладнення, зменшення або втрата оваріального резерву, порушення анатомії матки, підвищений ризик серцево-судинних захворювань унаслідок хірургічної менопаузи тощо). Відсутність післяопераційного лікування може призводити до рецидивів і невинуватих повторних хірургічних втручань.

Незважаючи на розвиток сучасних діагностичних методів, «золотим стандартом» діагностики ендометріозу й гіперпроліферативних процесів матки залишається патоморфологічне дослідження.

І.З. ГЛАДЧУК

д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0003-2926-4125

Н.М. РОЖКОВСЬКА

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0001-7860-3272

В.О. СИТНИКОВА

д. мед. н., професор кафедри нормальної та патологічної клінічної анатомії Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-2111-669X

І.В. ШПАК

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, директор КНП «Пологовий будинок № 5» Одеської міської ради, м. Одеса
ORCID: 0000-0001-9239-5609

С.М. СИВИЙ

асистент кафедри нормальної та патологічної клінічної анатомії Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0001-6227-4590

Контакти:

Гладчук Ігор Зіновійович
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології
65082, Одеса, пров. Валіховський, 2
Тел.: +38 (067) 654-70-00
Email: igor.gladchuk@gmail.com

Мета дослідження: оцінювання клінічних і патоморфологічних особливостей перебігу ендометріозу яєчників та аденоміозу в жінок репродуктивного віку з метою визначення можливих причин порушень фертильності та шляхів їх корекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 87 жінок репродуктивного віку з ендометріомами яєчників (ЕЯ) та аденоміозом, госпіталізованих до університетських клінік Одеського національного медичного університету для оперативного лікування:

- до першої групи ввійшло 45 (51,7%) пацієнок з аденоміозом та супутньою патологією або без такої, середній вік яких становив $34,7 \pm 1,6$ року;
- до другої групи було включено 42 (48,3%) жінки з ЕЯ, середній вік яких становив $34,2 \pm 1,5$ року;
- до третьої (контрольної) групи ввійшло 30 практично здорових жінок репродуктивного віку, які звернулися для обстеження через чоловічий чинник безпліддя.

Оцінювали скарги хворих, загальний і репродуктивний анамнез, об'єктивний стан, проводили спеціальне гінекологічне обстеження, загальноклінічні дослідження, цитологічне та бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень. При клінічному обстеженні виконували огляд у дзеркала, бімануальне дослідження з прицільною увагою на зміни заднього склепіння піхви, болісність у ділянці крижово-маткових зв'язок і ректовагінальної перетинки, наявність облітерації кишені Дугласа та ознак «замороженого» таза (frozen pelvis).

Діагноз ендометріозу й аденоміозу підтверджували на доопераційному етапі шляхом трансвагінального і трансректального УЗД та, за потреби, МРТ. Трансвагінальне УЗД органів малого таза з доплерометрією кровотоку проводили в першу фазу менструального циклу. Доопераційну діагностику гіперплазії та поліпів ендометрію здійснювали згідно з чинним протоколом МОЗ України, для морфологічної верифікації використовували класифікацію BOOЗ [14, 26].

Тип міоми матки визначали за класифікацією Міжнародної федерації гінекологів та акушерів (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) від 2018 р. Для УЗД аденоміозу використовували критерії морфологічного сонографічного оцінювання матки MUSA (Morphological Uterus Sonographic Assessment), ЕЯ – рекомендації Міжнародної групи аналізу пухлини яєчників (International Ovarian Tumor Analysis Group, IOTA), для діагностики глибокого інфільтративного ендометріозу – рекомендації Міжнародної групи аналізу глибокого ендометріозу (International Deep Endometriosis Analysis, IDEA) [19].

Збір матеріалу здійснювали за допомогою пайпель-біопсії, прицільної біопсії ендометрію під час гістероскопії, ексцизії вогнищ зовнішнього генітального ендометріозу, міомектомії, резекції аденоміозу або гістеректомії під час оперативного втручання. Досліджуваний матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні й забарвлювали гематоксиліном і еозинном та за Ван Гізоном.

Статистичну обробку результатів дослідження виконували за допомогою програмного забезпечення Statistica 13.0 (StatSoft Dell, США).

Роботу виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як об'єкта дослідження» (наказ МОЗ України № 690 від 23.09.2009), схвалено Комісією з біоетики Одеського національного медичного університету (протокол № 12 від 05.12.2018). Усі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених пацієнок коливався в межах 19–45 років, середній вік становив $34,4 \pm 1,3$ року. Основними скаргами хворих були: безпліддя понад 2 роки – у кожній другій пацієнтки, хронічний тазовий біль – у 54 (62,1%), аномальні маткові кровотечі – у 51 (58,6%), субфебрилітет – в 11 (12,6%), безпліддя (первинне або вторинне) – у 65 (74,7%). Дані щодо обтяженого сімейного анамнезу з ендометріозу мала кожна третя пацієнтка – 28 (32,2%). Однобічні ендометріоми розміром понад 3 см діагностовано у 29 хворих (69,0%), двобічні – у 13 (31,0%). Ознаки глибокого інфільтративного ендометріозу виявлені у 19 (21,8%) осіб. Дифузний аденоміоз діагностовано у 31 (68,9%) випадків, фокальний (аденоміома) – у 31,1%.

У групі 1 супутня гінекологічна патологія була виявлена у 23 (51,1%) жінок, серед яких у 15 (33,3%) – міома матки типу 3–5 за класифікацією FIGO (в однієї жінки – у комбінації з гіперплазією ендометрію (ГЕ), у 3 (6,7%) – із хронічним ендометритом), у 8 (17,8%) – ГЕ. У групі 2 супутня гінекологічна патологія виявлена у 27 (64,3%) пацієнок: у 12 (28,5%) – міома матки типу 3–6 за класифікацією FIGO, у 5 (11,9%) – ГЕ, у 13 (31,0%) – злуковий процес органів малого таза (табл. 1). Ознаки хронічного ендометриту верифікували по 2 випадки в обох групах (9,5%). Переважна більшість обстежених мали коморбідне ураження.

Таблиця 1. Супутня гінекологічна патологія, абс. ч. (%)

Гінекологічна патологія	Група 1 (n = 45)	Група 2 (n = 42)	Група 3 (n = 30)
Міома матки	15 (33,3%)	12 (28,5%)	2 (6,7%)
ГЕ	8 (17,7%)	5 (11,9%)	1 (3,3%)
Злуковий процес органів малого таза	2 (4,4%)	13 (31,0%)	0
Хронічний ендометрит	2 (4,4%)	2 (4,8%)	0

При статистичному розрахунку (табл. 2) визначено співвідношення шансів (СШ) розвитку міоми матки для:

- групи 1 (жінки з міомою матки) і групи 3 (жінки без міоми): ймовірність виникнення міоми матки в жінок з аденоміозом у 7 разів вища, ніж в осіб без нього (СШ 7, 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,467–33,403);
- груп 2 і 3: у жінок з ЕЯ ймовірність міоми матки в 5,6 раза вища, ніж в осіб без ЕЯ (СШ 5,6, 95%, ДІ 1,15–27,272).

Результати розрахунку СШ розвитку ГЕ:

- групи 1 і 3 – ймовірність виникнення ГЕ у жінок з аденоміозом у 6,27 раза вища, ніж в осіб без нього (СШ 6,27, 95% ДІ 0,741–53,026);
- групи 2 і 3 – ймовірність виникнення ГЕ у жінок з ЕЯ у 3,816 раз вища, ніж в осіб без ЕЯ.

Таблиця 2. СШ розвитку супутньої гінекологічної патології в досліджуваних групах

Статистичні показники	СШ виникнення міоми в 1 і 3 групах	СШ виникнення ГЕ в 1 і 3 групах	СШ виникнення міоми у 2 і 3 групах	СШ виникнення ГЕ у 2 і 3 групах
СШ	7,000	6,270	5,600	3,816
Стандартна помилка СШ (S)	0,797	1,089	0,808	1,123
Нижня межа 95% ДІ	1,467	0,741	1,150	0,422
Верхня межа 95% ДІ	33,403	53,026	27,272	34,465

З огляду на те що 95% ДІ у СШ для ГЕ охоплює цифри < 1 , значущість розрахунків значно нижча, ніж при обчисленні СШ при міомі, де 95% ДІ був > 1 .

При дослідженні репродуктивного анамнезу виявлено високу частоту мимовільних і медичних абортів, позаматкової вагітності в жінок обох груп (табл. 3). Пологи живими дітьми відбулися лише у 13 (28,9%) випадків у групі 1 та в 11 (23,8%) у групі 2 проти 8 (26,7%) в контрольній групі. Мимовільні аборти відбулися у 16 (18,4%) жінок, передчасні пологи – у 15 (17,2%), прееклампсія спостерігалася в 10 (11,5%) вагітних, гестаційний діабет – в 11 (12,6%). Малий для гестаційного віку плід був у 12 (13,8%) випадків, акушерські кровотечі – в 11 (12,6%) обстежених. Первинне безпліддя мали 23 (51,1%) жінок першої групи і 22 (52,3%) другої групи.

Оперативні втручання щодо аномальних маткових кровотеч (гістероскопія, лікувально-діагностичне вишкрібання) поза вагітністю мали 22 (25,3%) жінки, медикаментозну терапію ендометріозу, лікування безпліддя з використанням гормональної терапії виконували 52 (48,3%) жінкам. Операції на органах малого таза були в кожній четвертій пацієнтки, причому операції щодо безпліддя – у 21 (24,1%), видалення ендометріом – у 12 (13,7%), консервативна міомектомія – у 9 (10,3%), хірургічне втручання щодо позаматкової вагітності – в 11 (12,6), інші операції на маткових трубах – у 8 (9, 2%).

Таблиця 3. Структура репродуктивного анамнезу, абс. ч. (%)

Акушерський анамнез	Група 1 (n = 45)	Група 2 (n = 42)	Група 3 (n = 30)
Мимовільний аборт в анамнезі	10 (22,2%)	6 (14,2%)	1 (3,3%)
Позаматкова вагітність в анамнезі	6 (13,3%)	5 (11,9%)	1 (3,3%)
Медичний аборт	11 (24,4%)	10 (23,8%)	2 (6,6%)
Пологи живими дітьми	8 (17,8%)	6 (14,3%)	8 (26,7%)

Серед екстрагенітальної патології хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту переважали у 22 (25,3%) пацієнток, щитоподібної залози (аутоімунний тироїдит) – у 27 (31,0%), сечовивідної системи – у 17 (19,5%), органів дихання – у 18 (20,7%), серцево-судинної системи – у 14 (16,1%). Порушення жирового обміну, метаболічний синдром та цукровий діабет спостерігалися в 11 (12,6%) жінок групи 1. Залізодефіцитну анемію різного ступеня діагностовано в 19 (21,8%) жінок. Коронавірусну хворобу перенесли 55 (57,5%) хворих обох груп.

Отримані дані узгоджуються з дослідженнями інших авторів, але вища частота супутньої гінекологічної патології та обтяженого акушерського анамнезу може бути пов'язана зі старшим віком обстежених пацієнток. У дослідженні О.В. Бакун (2019) було показано, що в жінок з ендометріозом міома матки реєструвалася лише в 7,35% випадків, гіперпластичні процеси ендометрію – у 6,35%, а злуковий процес органів малого таза – у 16,98% [1]. Різниця між даними, одержаними в нашому дослідженні, та наведеними в роботах О.В. Бакун пояснюється тим, що більшість пацієнток у цьому дослідженні отримували попереднє лікування через порушення фертильності.

За даними літератури, зовнішній генітальний ендометріоз асоціюється з безпліддям у 25–50% випадків, а частота безпліддя при всіх локалізаціях генітального ендометріозу приблизно у 3–4 рази перевищує показник у популяції, причому частота мимовільного переривання вагітності перебуває в межах від 10 до 50% [3–6]. У нашому дослідженні кожна друга пацієнтка не мала жодної вагітності, а в решті діагностовано вторинне безпліддя.

У дослідженнях В.Д. Воробій (2018) зазначено, що в анамнезі жінок із ГЕ позаматкову вагітність виявлено у 12,62% осіб (у контрольній групі позаматкової вагітності не зафіксовано) [2], самовільний аборт – у 28,16% пацієнток порівняно із 13,33% контрольної групи. Також привертає увагу частота артифіціальних абортів, оскільки в жінок з ГЕ вона становила 29,13% проти 16,67% у контрольній групі, що узгоджується з результатами наших досліджень. Відносно висока частота позаматкової вагітності й мимовільних абортів може свідчити про наявність перитонеального та ендометріального чинників порушень фертильності. Одержані нами результати, як і дані інших науковців [1–5], вказують на цей взаємозв'язок.

При лапароскопії під час ревізії органів малого таза і черевної порожнини використовували доповнені класифікації Американського товариства фертильності r-AFS (American Fertility Society), Американського товариства репродуктивної медицини r-ASRM (American Society for Reproductive Medicine), для оцінювання ступеня глибокого інфільтративного ендометріозу – класифікацію ENZIAN (2012) Наукового фонду з ендометріозу (Scientific Endometriosis Foundation) [21]. Застосовували монотартифіціальну електрохірургічну техніку (Karl Storz, Німеччина), ультразвуковий скальпель, холодноплазмову й аргоноплазмову абляцію (Bowa, Німеччина). Стандартизоване лапароскопічне хірургічне втручання при глибокому інфільтративному ендометріозі проводили згідно з міжнародними рекомендаціями та власними напрацюваннями [3, 4, 17, 25].

Морфологічна діагностика аденоміозу базувалася на виявленні в товщі міометрію ендометріюїдних гетеротопій, представлених циліндричним епітелієм і цитогенною строєю. При фарбуванні гематоксиліном та еозином циліндричний епітелій ендометріального типу зі слабо вираженими ознаками функціональної активності або без них. Стромальний компонент містив фібробластоподібні клітини, гістіоцити, лімфоцити, дрібні кровоносні судини (рис. 1). При забарвленні за Ван Гізоном строма складалася з неупорядкованих пучків колагенових волокон (рис. 2). У міометрії, що оточував гетеротопії, визначалася помірна гіперплазія. Активний аденоміоз і реактивна м'язова гіперплазія, супутній хронічний ендометрит можуть порушувати процеси імплантації та плацентації, сприяти розвитку хронічного тазового болю [17, 22].

При ЕЯ були виявлені дві гістологічні форми патологічного процесу: кістозна – у 31 випадку (73,8%), залозисто-кістозна – в 11 (26,2%). Кістозна форма ЕЯ макроскопічно мала вигляд класичних «шоколадних кіст», розмір яких

варіював від 2 до 5 сантиметрів у діаметрі, консистенція щільна (завдяки грубоволокнистій сполучній тканині). Мікроскопічно в цій формі ЕЯ стінка кісти складалася з фіброзної тканини різного ступеня зрілості, подекуди траплялися ділянки гіалінозу, а також зони з великою кількістю судин мікроциркуляторного русла (рис. 3). Окрім того, виявлялися вогнища цитогенної строми з відкладанням гемосидерину та гемосидерофаги. Здебільшого епітеліальна стінка кісти була збережена лише в незначних ділянках при широкому огляді мікропрепарату. У стінці кісти подекуди виявлялися ділянки сплющеного епітелію ендометріального типу (рис. 4). Характерною особливістю цього варіанта ЕЯ, що не залежить від розмірів кісти, є наявність у стінці фіброзу, гемосидерозу та гемосидерофагів у різних кількісних і топографічних співвідношеннях. Інакше кажучи, кістозна форма ЕЯ, що була виявлена в 77,78% пацієнток з ЕЯ, пояснює розвиток злукового процесу малого таза в цих хворих.

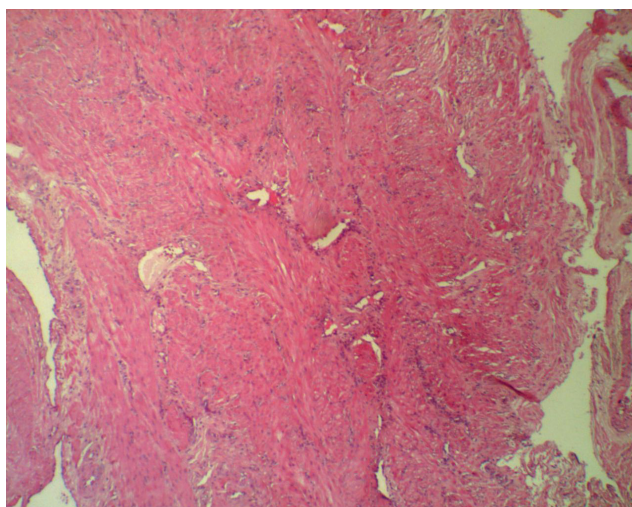


Рисунок 1. Вогнище аденоміозу з дрібними судинами в пацієнтки 32 років
Забарвлення гематоксиліном і еозином. Збільшення $\times 40$.



Рисунок 3. Вогнище ендометріозу серед фіброзної тканини (кістозна форма) у пацієнтки 26 років
Забарвлення за Ван Гізоном. Збільшення $\times 100$.

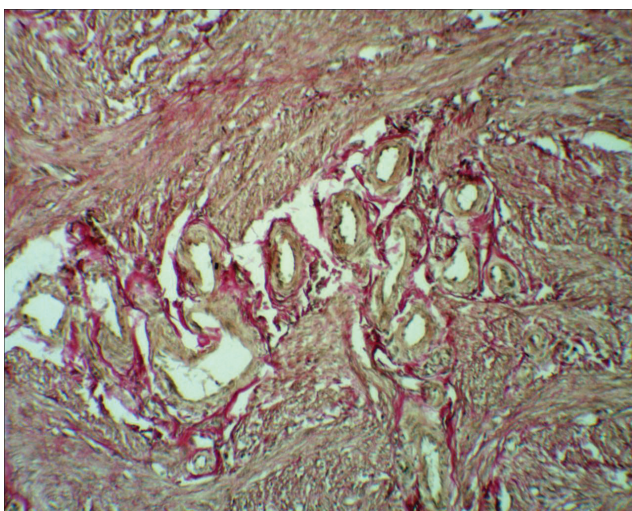


Рисунок 2. Вогнище аденоміозу з неупорядкованими пучками колагенових волокон у пацієнтки 35 років
Забарвлення за Ван Гізоном. Збільшення $\times 100$.

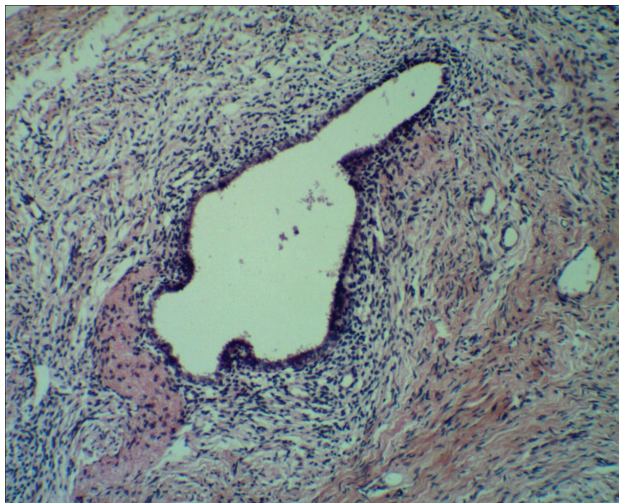


Рисунок 4. Вогнище ендометріозу (кістозна форма) зі сплющеним епітелієм у стінці кісти в пацієнтки 39 років
Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 100$.

Залозисто-кістозна форма ЕЯ макроскопічно мала вигляд поодиноких або множинних кіст розмірами від 1 до 4 см у діаметрі, чітко відмежованих від тканини яєчника тонкою фіброзною стінкою і заповнених темно-коричневим чи темно-червоним вмістом. Мікроскопічно в стінці кісти нерідко зберігалась епітеліальна вистилка (рис. 5). Порівняно з кістозною формою, у стінці кісти частіше виявлялися зони цитогенної строми з різною вираженістю фіброзу, гемосидерозу, ангиоматозу, скупченням гемосидерофагів і наявністю лімфомакрофагальної інфільтрації (рис. 6). Окрім цього, на поверхні яєчників фіксувалися множинні точкові темно-коричневі чи темно-червоні вогнища ендометріозу без кістоутворення, а в стромальному компоненті гетеротопій спостерігався початок його фіброзування.

Діагностика міоми матки базувалася передусім на макроскопічному виявленні міоматозних вузлів розмірами від 1 до 3 см у діаметрі, оточених капсулою, консистенція більшості з них щільна, структура на розрізі гомогенна. Мікроско-

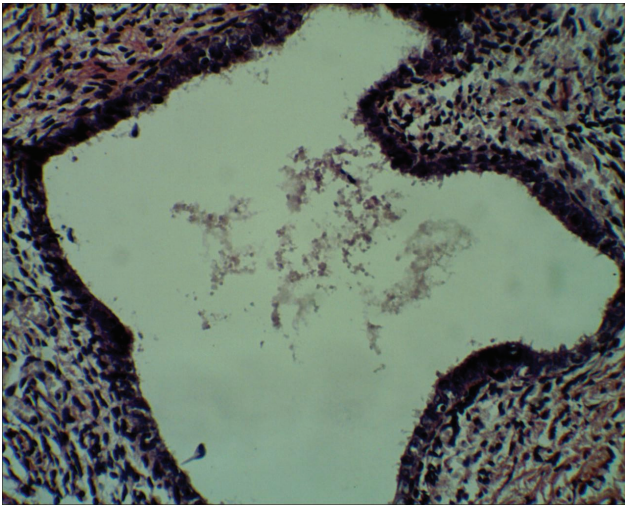


Рисунок 5. Вогнища ендометріозу (залозисто-кістозна форма) з вираженим епітеліальним компонентом у стінці кісти в пацієнтки 31 року. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 200$.

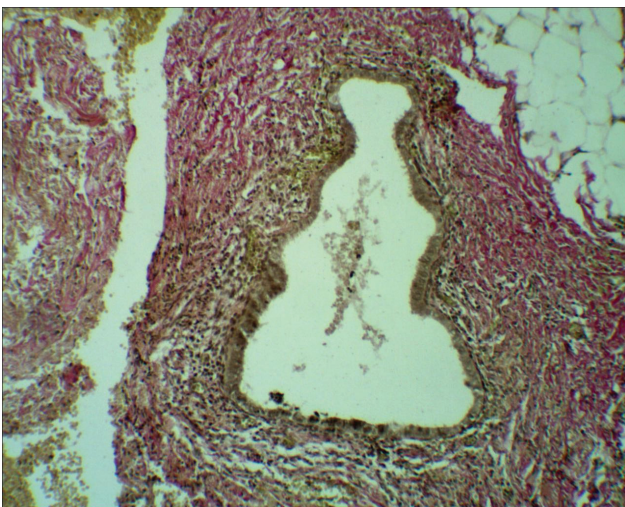


Рисунок 6. Вогнища ендометріозу (залозисто-кістозна форма) з цитогенною стромою в пацієнтки 23 років. Забарвлення за Ван Гізоном. Збільшення $\times 100$.

пічна тканина пухлини була представлена численними клунками гладеньком'язових клітин веретеноподібної форми без явищ атипії чи вираженого клітинного поліморфізму. Судинний компонент виділявся слабо, крововиливів чи вираженого гемосидерозу не зафіксовано. При фарбуванні за Ван Гізоном виявлялися дифузні тяжі сполучної тканини.

Дисторсія порожнини матки та зміни ендометрію при міомах, імовірно, мають значення в зменшенні репродуктивного потенціалу, розвитку маткових кровотеч.

ГЕ діагностували при виявленні в шарі ендометрію численних ендометріальних залоз різної величини, овальної форми, з невеликою кількістю складок, які нерівномірно розподілялися серед нормального ендометрію. Клітини залозистого епітелію у вогнищах гіперплазії мали овальні темні ядра, базофільну цитоплазму й незначну кількість мітозів. Строма була цитогенна, з овальними ядрами і відносно бідною цитоплазмою. Співвідношення залози/строма становило понад 2:1, але менше за 10:1. Клітинної атипії не було. У деяких випадках визначалася розсіяна лімфоцитарна інфільтрація з поодинокими лейкоцитами, яку інтерпретували як ознаку хронічного ендометриту, а також спостерігалися некротичні зміни навколо вогнищ. Судинний компонент вирізнявся повнокровними розширеними капілярами та венулами з вогнищевим тромбозом.

ВИСНОВКИ

1. У пацієнок з ендометріозом яєчників та аденоміозом визначається достовірне зростання частоти коморбідної гінекологічної патології (міома матки, гіперплазія ендометрію), операцій на органах таза, що пояснює високу частоту порушень репродуктивної функції в таких жінок.

2. Особливості морфогенезу ЕЯ, визначення кістозної та залозисто-кістозної форм можуть становити основу патогенезу мікроперфорації ендометрієм, розвитку злукового процесу органів малого таза (у кожної третьої жінки), поза-маткової вагітності.

3. Виявлені особливості гістоструктури матки при аденоміозі, часте поєднання з міомою матки, ГЕ, хронічним ендометритом, ендометріозом яєчників, глибоким інфільтративним ендометріозом, старший вік та обтяжений акушерський анамнез можуть бути пов'язані з розвитком акушерських ускладнень (мимовільні аборти, завмерлі вагітності, великі акушерські синдроми, аномальні маткові кровотечі поза вагітністю та акушерські кровотечі).

4. Усунення чинників безпліддя, профілактика ускладнень вагітності при поєднаній патології ендометрію, ендометріозі яєчників та аденоміозі потребують подальших досліджень.

Конфлікт інтересів

Конфлікт інтересів відсутній.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бакун, О.В., Ткачук, А.І. Вплив генітального ендометріозу та супутніх захворювань на безпліддя за даними ретроспективного аналізу історій хвороби // Буквинський медичний вісник. — 2019. — № 4 (92). — С. 9–15.
2. Воробій, В.Д. "Influence of genital endometriosis and concomitant diseases on infertility under the data of the retrospective analysis of case histories." Bukovinian Medical Herald 4.92 (2019): 9–15.
3. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "Actual problems of modern medicine: Вісник української медичної стоматологічної академії. — 2018. — № 18.3 (63). — С. 44–47.
4. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "Characteristics of the course of pregnancy and labor in women with endometriosis." Actual problems of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Stomatological Academy 18.3 (63) (2018): 44–7.
5. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "New technologies in surgical treatment of deep infiltrative and superficial peritoneal endometriosis." Reproductive endocrinology 2.16 (2014): 7–9.
6. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
7. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
8. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
9. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
10. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
11. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
12. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
13. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
14. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
15. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
16. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
17. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
18. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
19. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
20. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
21. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
22. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
23. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
24. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
25. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
26. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
27. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
28. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
29. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
30. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
31. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
32. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
33. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
34. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
35. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
36. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
37. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
38. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
39. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
40. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
41. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
42. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
43. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
44. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
45. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
46. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
47. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
48. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
49. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
50. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
51. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
52. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
53. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
54. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
55. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
56. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
57. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
58. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
59. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
60. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
61. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
62. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
63. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
64. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
65. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
66. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
67. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
68. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
69. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
70. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
71. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
72. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
73. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
74. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
75. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
76. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
77. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
78. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
79. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
80. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
81. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
82. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
83. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
84. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
85. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
86. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
87. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
88. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
89. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
90. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
91. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
92. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
93. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
94. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
95. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
96. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
97. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
98. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
99. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.
100. Зaporozhan, V.M., Gladchuk, I.Z., Rozhkovska, N.M., et al. "National consensus on management patients with endometriosis." Reproductive endocrinology 4.24 (2015): 7–12.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНА КАРТИНА ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ І АДЕНОМІОЗУ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

I.З. Гладчук, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології ОНМедУ, м. Одеса
 Н.М. Рожковська, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології ОНМедУ, м. Одеса
 В.О. Ситнікова, д. мед. н., професор кафедри нормальної та патологічної клінічної анатомії ОНМедУ, м. Одеса
 І.В. Шпак, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології ОНМедУ, директор КНП «Пологовий будинок № 5» Одеської міської ради, м. Одеса
 С.М. Сивий, асистент кафедри нормальної та патологічної клінічної анатомії ОНМедУ, м. Одеса

Мета дослідження: оцінювання клінічних і патоморфологічних особливостей перебігу ендометріозу яєчників та аденоміозу в жінок репродуктивного віку задля визначення можливих причин порушень фертильності та шляхів їх корекції.

Матеріали та методи. Обстежено 87 пацієнок, яких розподілили на групи. До першої групи ввійшло 45 (51,7%) пацієнок з аденоміозом і наявністю супутньої патології та без неї. До другої групи було включено 42 (48,3%) жінки з ендометріомами яєчників. Контрольну групу становили 30 практично здорових жінок репродуктивного віку, які звернулися для обстеження через чоловічий чинник безпліддя.

Результати. При клінічному обстеженні в пацієнок виявлено високу частоту гінекологічної (міома матки, гіперплазія ендометрію, безпліддя) та екстрагенітальної патології. Акушерський і гінекологічний анамнез був обтяжений репродуктивними втратами (мимовільні й медичні аборти, позаматкова вагітність), передчасними пологами, преєклампсією, аномальними матковими та акушерськими кровотечами, операціями на органах малого таза. Усім пацієнткам проводили ендоскопічне лікування (лапароскопія, гістероскопія). При морфологічному дослідженні виявлено особливості будови ендометріодних кіст, що пояснює зменшення оваріального резерву, активний гіперплазію та хронічний ендометрит, дисторсію порожнини матки міомами. Це може відігравати важливу роль у порушенні імплантації та плацентації, розвитку аномальних маткових кровотеч і тазового болю.

Висновки. Особливості морфогенезу ендометрію яєчників, визначення кістозної та залозисто-кістозної форм можуть становити основу патогенезу мікроперфорації ендометрію, розвитку злукового процесу органів малого таза (у кожній третій жінки), позаматкової вагітності, фіброїзації прилеглої до ендометрію тканини яєчника і зменшення оваріального резерву. Виявлені особливості гістоструктури матки при аденоміозі, часте поєднання з міомою матки, гіперплазією ендометрію, хронічним ендометритом, ендометріозом яєчників, глибоким інфільтративним ендометріозом, старший вік та обтяжений акушерський анамнез можуть бути пов'язані з порушеннями імплантації та плацентації, розвитком акушерських ускладнень.

Ключові слова: аденоміоз, ендометріоз, безпліддя, лікування, гістопатологія.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE AND PATHOMORPHOLOGICAL PICTURE OF OVARIAN ENDOMETRIOSIS AND ADENOMYOSIS IN REPRODUCTIVE AGED WOMEN

I.Z. Gladchuk, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department, Odesa National Medical University, Odesa
 N.M. Rozhkovska, MD, professor, Obstetrics and Gynaecology Department, Odesa National Medical University, Odesa
 V.O. Sytnikova, MD, professor, Normal and Pathological Clinical Anatomy Department, Odesa National Medical University, Odesa
 I.V. Shpak, MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odesa National Medical University, director of the Maternity Hospital No. 5 of Odesa City Council, Odesa
 S.M. Syvyy, assistant, Normal and Pathological Clinical Anatomy Department, Odesa National Medical University, Odesa

Objectives: to assess the clinical and pathomorphological features of ovarian endometriosis and adenomyosis in women of reproductive age in order to determine possible causes of fertility disorders and ways to correct them.

Materials and methods. 87 patients were examined and divided into 2 groups. The first group included 45 (51.7%) patients with adenomyosis with or without concomitant pathology. The second group included 42 (48.3%) women with ovarian endometriomas. The control group consisted of 30 healthy women of childbearing age who were screened for male infertility.

Results. Clinical examination of the patients revealed a high frequency of gynecological (uterine fibroids, endometrial hyperplasia, infertility) and extragenital pathology. Obstetric and gynecological history was burdened by reproductive losses (involuntary and medical abortions, ectopic pregnancy), premature birth, preeclampsia, abnormal uterine and obstetric bleeding, and pelvic surgery. All patients underwent endoscopic treatment (laparoscopy, hysteroscopy). Morphological examination revealed features of the structure of endometrioid cysts, which explains the decrease in ovarian reserve, active adenomyosis, reactive hyperplasia and chronic endometritis, distortion of the uterine cavity by fibroids. This may play an important role in implantation and placentation.

Conclusions. Features of morphogenesis of ovarian endometrioma, found by us cystic and glandular-cystic forms may form the basis of endometrial microperforation pathogenesis, development of adhesions of the pelvic organs (in every third woman), ectopic pregnancy, fibrotic adjacent endometrioid tissue and reduction of ovarian reserve. The peculiarities of the uterus histostucture in adenomyosis, frequent combination with uterine fibroids, endometrial hyperplasia, chronic endometritis, ovarian endometriosis, deep infiltrative endometriosis, old age, aggravated obstetric anamnesis and the history of obstetric disorders may be related.

Keywords: adenomyosis, endometriosis, infertility, treatment, histopathology.