Государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

"Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И. Разумовского" Минздрава РФ

**Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета**

Зав. кафедрой: к. м. н., доц. Хворостухина Н.Ф.

Преподаватель: к. м. н., асс. Грибова С.Н.

**История болезни**

Операция: Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание эндоцервикса, эндометрия.

Саратов 2014

# ***Паспортная часть***

Ф.И.О. З.Н.К.

Возраст 38 лет

Адрес г. Саратов

Профессия социальный работник

Место работы ГБУ СО СРЦ "Возвращение"

Дата поступления 06.06.14 г.

# ***Жалобы***

Жалобы при поступлении на кровянистые выделения из влагалища умеренного характера с 26.05.14 г.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 2010 г, когда появились кровянистые выделения из влагалища умеренного характера, в связи с чем обратилась к гинекологу. После обследования был выставлен диагноз: Аденомиоз. С 2012 г по март 2014 г с лечебной целью ВМК "Мирена". С 11.03 по 25.03.14 г находилась на стационарном лечении в КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ с диагнозом: осн. Хронический двусторонний сальпингоофорит, подострое течение. Инородное тело в полости матки (ВМК "Мирена"). Хронический цервицит, вагинит, подострое течение. Осл. Гидросальпинкс справа. Киста левого яичника. Соп. Аденомиоз. В связи с развитием воспалительного процесса в полости матки, 14.03.14 г удалили ВМК. Мазок отпечаток с ВМК: на фоне эритроцитов пласты цилиндрического, поверхностного, промежуточного эпителия, скопления нейтрофил. В стационаре получала антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, местное лечение. По выписке из стационара назначен КОК "Жанин" в непрерывном режиме. С 26.05.14 г появились умеренные кровянистые выделения из влагалища. Получала амбулаторно консервативную терапию - без эффекта.05.06.14 г амбулаторно выполнено УЗИ гениталий заключение: УЗ-признаки аденомиоза. Консультирована гинекологом, рекомендовано стационарное лечение. Пациентка госпитализирована в отделение гинекологии КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ для проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания эндоцервикса, эндометрия.

**Anamnesis vitae**

Родилась в 1976 году, первым ребёнком в семье. О состоянии здоровья матери во время беременности и течении родов больной ничего сказать не может. В психическом и физическом развитии не отставала от сверстников.

Перенесенные заболевания: детскими инфекциями (корью, ветряной оспой, краснухой, эпидемическим паротитом, скарлатиной, кишечными инфекциями, ангиной, глистными инвазиями) не болела, травм не было, операции: аппендэктомия в 1992 г.

Наследственность не отягощена.

Менструальная функция: начало менструаций с 14 лет, установилась сразу, продолжительность цикла 25 дней, продолжительность менструаций 4-5 дней. Характер менструаций: умеренные, безболезненные. С момента начала половой жизни, после родов и абортов характер менструаций не изменился.

Половая функция: половую жизнь начала с 18 лет. В настоящее время состоит в зарегистрированном браке.

Контрацепция: с 2012 г по март 2014 г ВМК "Мирена", с марта 2014 г КОК "Жанин".

Репродуктивная функция: беременностей - 4, роды - 2, медицинских аборта - 1, самопроизвольных выкидышей - 1. Течение родов, послеродовых и послеабортных периодов со слов больной без особенностей.

Секреторная функция: выделений из половых органов в межменструальный период не отмечает.

Переливания крови, ее компонентов и кровозамещаюших препаратов не проводилось.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курение.

Жилищно-бытовые условия семьи: проживает с мужем и детьми в квартире многоэтажного дома, условия удовлетворительные, отношения в семье хорошие. Питание полноценное, регулярное.

эндоцервикс эндометрия гинекологическое исследование

# ***Настоящее состояние***

Рост: 169 см Вес: 80 кг Температура тела: 36,8 С

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Тип телосложения: гиперстенический

Кожа чистая, без высыпаний физиологической окраски, умеренной влажности и хорошей эластичности. Местные пигментации и патологические элементы кожи отсутствуют.

Слизистая носа розовая, блестящая, отделяемого нет. Слизистая ротовой полости розовая, влажная, блестящая, гиперсаливации нет, кариозные зубы санированы. Конъюнктива чистая, блестящая, влажная. Задняя стенка глотки слегка гиперемирована, болей в горле и налетов нет. Десны ярко розового цвета. Не кровоточат, не воспалены.

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, в основном на животе и бедрах. Отеков нет.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система без видимой патологии. Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц достаточная, тонус мышц удовлетворительный. Активные движения в полном объеме. Мышцы брюшного пресса слегка напряжены.

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей сформированы правильно, не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии

Суставы обычной конфигурации, кожа над ними обычной температуры и влажности. Движения суставов в полном объеме. Искривлений позвоночника нет. Осанка правильная. Плоскостопия нет.

Молочные железы осмотрены в положении стоя и лежа, развиты, мягкие, соски не изменены, отделяемого нет, пальпация безболезненная.

*Дыхательная система*

Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет. Форма грудной клетки нормостеническая. Над - и подключичные ямки выражены умеренно. Межреберные промежутки умеренные, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы выступают умеренно. Грудная клетка симметрична. Дыхание брюшное. ЧДД - 16 в минуту. При пальпации грудной клетки выявлена умеренная резистентность. Голосовое дрожание на симметричных участках не ослаблено, одинаковое. При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки звук ясный, легочный. Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия тела | Справа | Слева  |
| Среднеключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Аускультация легких: дыхание везикулярное. Хрипов нет.

*Сердечно-сосудистая система*

При осмотре области сердца выпячивания области сердца, видимой пульсации не обнаружено. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, сила умеренная, резистентный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не отмечаются. Дрожания в области сердца не выявлено, зон гиперстезии и болезненности при пальпации не обнаружено.

Границы относительной тупости сердца, выявленные перкуторно:

|  |  |
| --- | --- |
| Справа  | по правому краю грудины в IV межреберье |
| Слева | V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Вверху | III ребро по linea parasternalis sinistra |

Аускультация сердца: тоны ритмичны, выслушиваются четко. ЧСС-74 в мин

Пульс на левой лучевой артерии ритмичный, с частотой 74 в минуту, умеренного наполнения, ненапряженный.

Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст.

*Система пищеварения*

При осмотре полости рта и зева слизистые бледно-розовые, влажные, отечность и кровоточивость отсутствует. Состояние мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки, миндалин удовлетворительное. Небные миндалины не выступают за края передних небных дужек. Налет, изъязвления отсутствуют. Язык розовый, влажный, нормальных размеров, сосочки в удовлетворительном состоянии. Трещин, язв, налетов нет.

Живот округлой формы симметричен, рубец в правой подвздошной области, мягкий, пальпация его безболезненна. Кишечник не пальпируется.

Край печени при пальпации мягкий безболезненный, не выступает из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность в точке желчного пузыря отсутствует.

Поджелудочная железа не пальпируется, пальпация в ее области также безболезненна.

Селезенка не пальпируется, ее область безболезненна.

Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

*Мочевыделительная система*

Покраснения, припухлости, отечности в поясничной области не наблюдается. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное, адекватное.

*Нервно-эндокринная система*

Видимого увеличения щитовидной железы нет. При пальпации определяется её перешеек в виде мягкого, подвижного, безболезненного валика.

Сознание ясное, ориентация в пространстве, времени, ситуации не нарушена. Интеллект соответствует уровню развития, не ослаблен. Участков гипо-, гипер - и парестезий нет. Патологических рефлексов нет. Слух сохранён, вкусовые ощущения не нарушены. Чувствительность сохранена. Зрение в пределах нормы. Фотореакции живые, нистагма нет, конвергенция не нарушена. Пальценосовая проба без патологии. Дермографизм розовый, быстро проявляющийся.

**Гинекологическое исследование**

Осмотр наружных половых органов: Рост волос <http://oil-hair.com/> на лобке по женскому типу, наружные половые органы без аномалий, развиты соответственно полу и возрасту.

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах: слизистая бледно-розовая, шейка матки цилиндрической формы, гипертрофирована, слизистая не изменена. Шейка матки без нарушения эпителиального покрова. Выделения кровянистые.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки цилиндрическая, гипертрофирована, длиной 2 см, матка увеличена до 6-7 недель беременности, anteversio, anteflexio, шаровидное, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки слева и справа не увеличены, безболезненны. Своды глубокие, свободные. Выделения кровянистые, умеренные.

Ректальное исследование: ампула свободная, слизистая подвижная.

# ***Предварительный диагноз***

Диагноз: Осн. Патология эндометрия. Аденомиоз.

Осл: Метроррагия.

Диагноз выставлен на основании:

жалоб на кровянистые выделения из влагалища, умеренного характера с 26.05.14 г

анамнеза заболевания: считает себя больной с 2010 г, когда появились кровянистые выделения из влагалища умеренного характера, в связи с чем обратилась к гинекологу. После обследования был выставлен диагноз: Аденомиоз. С 2012 г по март 2014 г с лечебной целью ВМК "Мирена". С 11.03 по 25.03.14 г находилась на стационарном лечении в КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ с диагнозом: осн. Хронический двусторонний сальпингоофорит, подострое течение. Инородное тело в полости матки (ВМК "Мирена"). Хронический цервицит, вагинит, подострое течение. Осл. Гидросальпинкс справа. Киста левого яичника. Соп. Аденомиоз. В стационаре получала антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, местное лечение. По выписке из стационара назначен КОК "Жанин" в непрерывном режиме. С 26.05.14 г появились умеренные кровянистые выделения из влагалища. Получала амбулаторно консервативную терапию - без эффекта. Пациентка госпитализирована в отделение гинекологии КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ для проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания эндоцервикса, эндометрия.

гинекологического исследования: влагалище емкое, шейка матки цилиндрическая, гипертрофирована, длиной 2 см, матка увеличена до 6-7 недель беременности, anteversio, anteflexio, шаровидное, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки слева и справа не увеличены, безболезненны. Своды глубокие, свободные. Выделения кровянистые, умеренные.

УЗИ гениталий от 05.06.14 г заключение: УЗ-признаки аденомиоза.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови,

2. Группа крови, резус-фактор

. Общий анализ мочи

. Биохимический анализ крови

. Коагулограмма

. Микроскопия урогенитальных мазков

. Бак. посев содержимого цервикального канала

. УЗИ гениталий

# ***Данные лабораторных и инструментальных методов исследования***

1. ОАК

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель |  |
| WBC | 5,9\* |
| RBC | 4,1\*/л |
| HGB |  132 г/л |
| PLT | 325\*/л |
| СОЭ | 25 мм/ч |
| Э | 1% |
| П | 15% |
| С | 69% |
| Л | 7% |
| М | 8% |

. Биохимические исследования крови

Общий белок сыв.: 86 г/л

Билирубин общий: 34,8 Мкмоль/л

Холестерин общий: 2,76 Мкмоль/л

Глюкоза крови: 6,1 ммоль/л

Аст: 29 Е/л

Алт: 47 Е/л

Мочевина: 5,0 Ммоль/л

Креатинин крови: 85 Мкмоль/л

Фибриноген: 3,2 г/л

. ОАМ Цвет желтый

Прозрачность прозрачная

Реакция нейтральная

Удельный вес 1020

Белок отрицательный

Сахар отрицательный

Эпителий неб кол-во

Лейкоциты 1-2 в п/з

Эритроциты 0-1 в п/з

. Кал на я/г от 29.03.14 - отриц.

. Исследование крови на RW от 28.03.14: № 2911/30 - отриц.

6. Коагулограмма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
|  | в норме | У б-го |  |
| Фибриноген | 200-400 | 220 | Норма |
| В-нафтоловый тест | Отр.  | Отр.  | Норма |
| Этаноловый тест | Отр.  | Отр.  | Норма |
| Фибринолитическая активность | 120-260 | 210 | Норма |
| Фибринстабилизирующий фактор | 43-73 | 45 | Норма |

7. ЭКГ 31.03.14 Заключение: синусовый ритм, ЧСС - 76 в мин. Нормальное положение ЭОС.

. Бак. посев содержимого цервикального канала

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Свод влагалища* | *Уретра* |
| *Трихомонады* | Не обнаружены | Не обнаружены |
| *Лейкоциты* | 22-25 | 23-24 |
| *Гонококки* | Не обнаружены | Не обнаружены |
| *Флора* | Гр"±" | Палочки |

. УЗИ гениталий

Заключение: УЗ-признаки аденомиоза.

# ***План ведения больной***

Учитывая наличие нарушения овариально-менструального цикла в сочетании с аденомиозом, с целью уточнения характера планируется раздельное лечебно - диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия, с последующей гемостатической и антибактериальной терапией. Гистологическое исследование материала.

**План лечения:**

1. Режим стационарный

2. 06.06.14 г планируется РДВ

**Протокол операции № 254**

# ***Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия***

В асептических условиях, под внутривенной анестезией, шейка матки обнажена и фиксирована на пулевые щипцы. Длина матки по зонду 7 см. Расширен цервикальный канал расширителем Гегара до №9. Кюреткой № 1 произведено выскабливание эндоцервикса, соскоб - скудный, кровь. Кюреткой №2 произведено выскабливание эндометрия. Соскоб обильный, напоминает гиперплазированную ткань. Стенки матки шероховатые, полость матки не деформирована. Кровотечения нет. Соскоб отправлен на гистологическое исследование. Общая кровопотеря 10 мл. Туалет, холод на низ живота. С целью профилактики кровотечения в/в капельно S. Tranexami 5,0.

**Назначения:**

1. Режим стационарный

2. 1Д

3. Cefatoximi 1,0 в/м 2 р/д 06.00-18.00 - 5 дней

4. S. Ethamzylati 12,5% - 2,0 в/м 2 р/д 08.00-20.00 - 5 дней

5. S. Calcii chloride 10% - 10,0 в/в струйно медленно 12.00 - 5 дней

6. S. Metrogyli 100 ml 2 в/в капельно 06.00 - 18.00 - 5 дней

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Течение заболевания | Лечение  |
| 7.06.14 t 36,7 С ЧСС 75 вʹ ЧДД 17 вʹ АД 120/80 | Состояние удовлетворительно. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Сон не нарушен. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Аппетит сохранен. Физиологические отправления в норме. Выделения из влагалища кровянистые умеренные.  | 1. Режим стационарный 2.1Д 3. Cefatoximi 1,0 в/м 2 р/д 06.00-18.00 - 5 дней 4. S. Ethamzylati 12,5% - 2,0 в/м 2 р/д 08.00-20.00 - 5 дней 5. S. Calcii chloride 10% - 10,0 в/в струйно медленно 12.00 - 5 дней 6. S. Metrogyli 100 ml 2 в/в капельно 06.00 - 18.00 - 5 дней  |
| 9.06.14 t 36,8С ЧСС 79 вʹ ЧДД 18 вʹ АД 125/80 | Состояние удовлетворительно. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Сон не нарушен. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Аппетит сохранен. Физиологические отправления в норме. Выделения из влагалища кровянистые умеренные.  | 1. Режим стационарный 2.1Д 3. Cefatoximi 1,0 в/м 2 р/д 06.00-18.00 - 5 дней 4. S. Ethamzylati 12,5% - 2,0 в/м 2 р/д 08.00-20.00 - 5 дней 5. S. Calcii chloride 10% - 10,0 в/в струйно медленно 12.00 - 5 дней 6. S. Metrogyli 100 ml 2 в/в капельно 06.00 - 18.00 - 5 дней  |
| 10.06.14 t 36,7С ЧСС 73 вʹ ЧДД 16 вʹ АД 125/80 | Состояние удовлетворительно. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Сон не нарушен. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Аппетит сохранен. Физиологические отправления в норме. Выделения из влагалища кровянистые умеренные.  | 1. Режим стационарный 2.1Д 3. Cefatoximi 1,0 в/м 2 р/д 06.00-18.00 - 5 дней 4. S. Ethamzylati 12,5% - 2,0 в/м 2 р/д 08.00-20.00 - 5 дней 5. S. Calcii chloride 10% - 10,0 в/в струйно медленно 12.00 - 5 дней 6. S. Metrogyli 100 ml 2 в/в капельно 06.00 - 18.00 - 5 дней  |

# ***Эпикриз***

Больная З.Н.К., 38 лет <http://letu.ru/>, находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении с 06.06.14 по 14.06.14 г с диагнозом:

осн. Аденомиоз.

осл. Метроррагия.

соп. Хронический холецистит, ремиссия.

Диагноз выставлен на основании:

жалоб на кровянистые выделения из влагалища, умеренного характера

анамнеза заболевания: считает себя больной с 2010 г, когда появились кровянистые выделения из влагалища умеренного характера, в связи с чем обратилась к гинекологу. После обследования был выставлен диагноз: Аденомиоз. С 2012 г по март 2014 г с лечебной целью ВМК "Мирена". С 11.03 по 25.03.14 г находилась на стационарном лечении в КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ с диагнозом: осн. Хронический двусторонний сальпингоофорит, подострое течение. Инородное тело в полости матки (ВМК "Мирена"). Хронический цервицит, вагинит, подострое течение. Осл. Гидросальпинкс справа. Киста левого яичника. Соп. Аденомиоз. В стационаре получала антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, местное лечение. По выписке из стационара назначен КОК "Жанин" в непрерывном режиме. С 26.05.14 г появились умеренные кровянистые выделения из влагалища. Получала амбулаторно консервативную терапию - без эффекта.05.06.14 г амбулаторно выполнено УЗИ гениталий заключение: УЗ-признаки аденомиоза. Пациентка госпитализирована в отделение гинекологии КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ для проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания эндоцервикса, эндометрия.

гинекологического исследования: влагалище емкое, шейка матки цилиндрическая, гипертрофирована, длиной 2 см, матка увеличена до 6-7 недель беременности, anteversio, anteflexio, шаровидное, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки слева и справа не увеличены, безболезненны. Своды глубокие, свободные. Выделения кровянистые, умеренные.

результатов инструментального обследования: УЗ признаки аденомиоза.

**Проведено обследование:**

1. Общий анализ крови, группа крови, резус-фактор

2. Общий анализ мочи

. Биохимический анализ крови

. Коагулограмма

. Микроскопия урогенитальных мазков

. Бак. посев содержимого цервикального канала

. УЗИ гениталий.

**Проведено:**

06.06.14 г Операция №254: Раздельное лечебно-диагностическое выскабливания эндоцервикса и эндометрия.

**Результаты гистологического исследования:** из ц/к кровь; из п/м выраженный децидуоз стромы эндометрия, на этом фоне единичные узкие щелевидные железы с низким уплощенным неактивным эпителием (после гормонального препарата).

Проведен курс антимикробной, гемостатической терапии.

Течение послеоперационного периода - гладкое.

Пациентка выписывается в удовлетворительном состоянии.

**Рекомендации при выписке:**

1. Наблюдение гинеколога, эндокринолога по месту жительства.

2. Половой и физический покой в течении 2 недель.

. Витаминотерапия "Компливит" 1 драже/сут 1 мес.

. "Бусерелин-депо" 3,75 мг в/м с 3 дня менструального цикла 1 раз в 28 дней № 6 под контролем УЗИ гениталий.

**Прогноз для жизни и работы:** благоприятный.

# ***Этиология и патогенез***

Этиология эндометриоза остается малоизвестной. Сущность его заключается в гетеротопической локализации эндометриоподобных очагов за пределами типичной локализации эндометрия. Выяснение факторов, приводящих к этому явлению, способствовало бы объяснению этиологии эндометриоза. Однако до настоящего времени они практически неизвестны.

Эндометриоз считается полиэтиологичным заболеванием. Имеются сведения о роли иммунологических, гормональных, метаболических и других нарушений в развитии эндометриоза. Чаще им страдают женщины репродуктивного возраста, физически ослабленные, с метаболическими нарушениями и эндокринной патологией. Важное значение придается наследственности, что прослеживается по данным генеалогического анамнеза. В группе женщин с низким социально-экономическим положением частота возникновения эндометриоза выше, чем в общей популяции.

К другим, менее вероятным этиологическим факторам эндометриоза относят ожирение, позднее начало половой жизни и поздние роды, осложненные роды, аборты, предохранение от беременности с помощью ВМС, позднее наступление менархе.

Патогенез эндометриоза многозначен.

Среди множества теорий патогенеза эндометриоза особую значимость имеют:

) транспортная (имплантационная, трансплантационная, иммиграционная, лимфогенная, гематогенная, ятрогенной диссеминации);

) целомической метаплазии;

) эмбриологических клеточных гамартий;

) гормональная;

) иммунологических концепций.

Наибольшее распространение получила имплантационная теория (или теория ретроградной менструации). Согласно ей, формирование эндометриоидных очагов происходит в результате ретроградного заброса в брюшную полость клеток эндометрия, отторгнувшихся во время менструации, и дальнейшей их имплантации в окружающие ткани и брюшину.

Согласно теории целомической метаплазии, развитие эндометриоза происходит вследствие перерождения (метаплазии) мезотелия брюшины, в результате которого образуются фокусы эндометриоподобных желез и стромы. Эмбриональная теория предполагает развитие эндометриоза из остатков мюллеровых протоков и первичной почки.

Сравнительное изучение строения зародышевого эпителия яичника и перитонеального мезотелия как у здоровых женщин, так и больных эндометриозом позволило установить характерные структурные особенности эндометриальных гетеротопий, свидетельствующих об их "мюллеровском происхождении".

Относительно гормональной и иммунологической концепций патогенеза эндометриоза большинство исследователей отмечают, что гормональные и иммунологические нарушения не являются непосредственной причиной формирования эндометриоидных фокусов, а лишь способствуют им.

Важная роль в патогенезе эндометриоза отводится нарушениям в ретикулоэндотелиальной и иммунной системах.