

Баринов С.В., Новикова Е.И., Василенко Л.Н.
 Омская государственная медицинская академия,
 БУЗОО Клиническая медико-санитарная часть № 9,
 г. Омск

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВА НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

С целью определения возможных клинических факторов риска рецидивирования наружного генитального эндометриоза были обследованы 93 пациентки, подвергшихся оперативному лечению по поводу данного заболевания. Пациенты были разделены на две группы сравнения: с наличием и отсутствием рецидива заболевания в течение двух лет. Подверглись анализу клиничко-анамнестические данные, данные ультразвуковой картины, оценка болевого синдрома с помощью шкал NRC и Biberoglu and Behrman, произведена оценка распространенности патологического процесса во время операции, наличия и выраженности спаечного процесса у пациенток. Была выявлена связь между наличием спаечного процесса и наличием риска рецидива заболевания. Определена значимость шкалы оценки болевого синдрома Biberoglu and Behrman для определения распространенности патологического процесса и возможность ее использования в клинической практике для оценки риска рецидива заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эндометриоз; риск рецидива; болевой синдром; NRC; Biberoglu and Behrman.

Barinov S.V., Novikova E.I., Vasilenko L.N.
 Omsk State Medical Academy,
 Budget Institution of Health Clinical medical unit N 9, Omsk

THE IMPORTANCE OF CLINICAL RECURRENCE RISK EXTERNAL ENDOMETRIOSIS

93 patients were examined in order to determine the possible clinical risk factors for recurrence of external genital endometriosis. They underwent surgical treatment about this disease. Patients were divided into two groups of comparison with and without recurrence of endometriosis within two years. Clinical and anamnestic data, ultrasound picture, assessment of pain using scales NRC and Biberoglu and Behrman have been analyzed. Prevalence of pathological process during the operation and the presence and severity of adhesions in patients were evaluated. There was an association between the presence of adhesions and the risk of disease recurrence. The significance of a rating scale of pain Biberoglu and Behrman to determine the prevalence of pathological process were determined. This information can be used in clinical practice to assess the risk of recurrence of the disease.

KEY WORDS: endometriosis; the risk of recurrence; pain; NRC; Biberoglu and Behrman.

Эндометриоз — патологический процесс, характеризующийся разрастанием ткани, родственной эндометрию, вне пределов слизистой оболочки матки. Лечение этого заболевания всегда начинается с хирургической элиминации патологических очагов. Однако, по данным разных авторов, частота рецидивирования генитального эндометриоза в течение 4-х лет после операции составляет от 7 до 30 % [1-4]. Вероятность рецидива зависит от распространенности патологического процесса, от качества элиминации патологических очагов, от

наличия и качества послеоперационного лечения [3]. Однако не определена конкретная значимость клинических маркеров в развитии рецидивирующего генитального эндометриоза.

Золотым стандартом диагностики наружного генитального эндометриоза является лапароскопия или лапаротомия с прицельной биопсией подозрительных очагов [5]. Высокая инвазивность оперативного вмешательства снижает частоту использования данного метода и, следовательно, снижает частоту верификации диагноза. Особенное значение это имеет при подозрении на рецидивирующий патологический процесс, диагностируя который, часто приходится прибегать к повторной операции.

Знание о риске развития рецидива наружного генитального эндометриоза у пациенток, подвергшихся оперативному лечению по поводу данного пато-

Корреспонденцию адресовать:

НОВИКОВА Елена Игоревна,
 644081, г. Омск, ул. Рокоссовского, д. 2, кв. 86.
 Тел.: +7-913-673-64-56.
 E-mail: elena.novikova.omsk@gmail.com

логического процесса, позволит скорректировать послеоперационное лечение и снизить вероятность повторного развития заболевания. Раннее выявление рецидива генитального эндометриоза позволит снизить частоту повторных оперативных вмешательств при данном патологическом процессе.

Цель исследования — определить возможные клинические факторы риска рецидивирования наружного генитального эндометриоза у пациенток после оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 93 пациентки, которым было проведено оперативное лечение по поводу наружного генитального эндометриоза. Средний возраст пациенток составил $33,6 \pm 7,9$ лет. Большинство пациенток (87 человек) относилось к репродуктивному возрасту (20–45 лет), что составило 93,5 % от общего числа выборки. Все пациентки были разделены на две группы сравнения: с наличием рецидива заболевания за 2 года наблюдения и отсутствием повторного его возникновения. У каждой пациентки была собрана информация о семейном, наследственном анамнезе, трудовой деятельности, образовании, перенесенных заболеваниях, менструальной функции, уточнены течение и исход предыдущих беременностей. В данных группах больным проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза с использованием импульсно-волновой доплерометрии сосудов матки и миоматозных узлов в режиме 3D на аппарате General Electric Voluson-730 Expert по общепринятым методикам трансабдоминального и трансвагинального исследования. Использовались конвексные датчики с частотами 3,5–6,0 МГц и внутриволостные датчики с частотами 6,0–9,0 МГц. Определялись расположение, количество, эхоструктура, размеры эндометриoidных очагов.

При оценке жалоб на тазовые боли мы использовали шкалы NRC (Numerical Rating Scale) и B'n'B (Biberoglu and Behrman), которые представляют собой визуальные шкалы субъективной оценки болевого синдрома [6]. Основное отличие шкалы B'n'B заключается в том, что она учитывает выраженность болевого синдрома в зависимости от фазы менструального цикла и половых контактов.

Интраоперационно оценивались распространенность патологических очагов, выраженность спаечного процесса, размер очагов эндометриоза. Определялась распространенность генитального эндометриоза, выраженность спаечного процесса в соответствии с классификацией американского общества фертильности, стадийность процесса по шкале РАМН.

Статистическая обработка полученных данных проводилась стандартными методами с помощью пакета Statistica 6.0 с использованием статистического критерия Манна-Уитни (для оценки достоверности различий между группами сравнения) и коэффициента ранговой корреляции Спирмена (для оценки зависимости клинических факторов между собой).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

51 пациентка (54,8 % от общего числа) не имели ранее беременностей, закончившихся родами. Из них, 42 пациентки не имели беременностей вообще, а у девяти женщин беременности закончились самопроизвольными абортми, медицинскими абортми, прерыванием эктопической (трубной) беременности. На момент оперативного вмешательства 77,4 % пациенток планировали беременность, что послужило одним из поводов обращения к гинекологу. Длительность заболевания варьировала в широких пределах: от 1 месяца до 12 лет, средняя длительность заболевания составила 35 месяцев. По нашему мнению, разнообразие длительности проявлений заболевания (нарушения менструального цикла, репродуктивной функции, ультразвуковые феномены) не позволяет установить истинный срок начала развития заболевания, поскольку некоторое время заболевание может протекать бессимптомно.

Среди жалоб пациенток встречались такие как меноррагии и метроррагии, альгоменорея, дисменорея, тазовая боль, не связанная с менструальным циклом, диспареуния, жалоба на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции, что совпадает с данными других авторов [7]. К самым распространенным жалобам относились дисменорея (в 71,1 % случаев) и бесплодие (у 66,7 % пациенток). При этом у 86 % пациенток присутствовал хотя бы один симптом, в остальных случаях генитальный эндометриоз был заподозрен впервые по данным ультразвуковой картины малого таза.

По данным шкалы NRC средняя субъективная оценка болевого синдрома во время менструации составила $6,8 \pm 2,6$ баллов из 10 максимально возможных. Чаще всего пациентки характеризовали интенсивность альгоменореи, равную 8 баллам. По данным шкалы B'n'B среднее количество баллов составило $3,9 \pm 1,45$ из 9 максимально возможных, чаще всего пациентки характеризовали интенсивность болевого синдрома на 4 балла. Примечательно, что была выявлена корреляция средней силы между баллами разных субъективных шкал у пациенток с генитальным эндометриозом (использовался метод ранговой корреляции Спирмена, $r = 0,48$). Это можно объяс-

Сведения об авторах:

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

НОВИКОВА Елена Игоревна, аспирант, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: elena.novikova.omsk@gmail.com

ВАСИЛЕНКО Людмила Николаевна, врач, канд. мед. наук, БУЗОО Клиническая медико-санитарная часть № 9, г. Омск, Россия. E-mail: dark93@yandex.ru

нить частой встречаемостью комплекса жалоб у одной и той же пациентки.

По данным ультразвуковой картины малого таза до операции эндометриоз был заподозрен в 82,7 % случаев. В остальных случаях поводом для оперативного вмешательства послужили жалобы на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции с обследованным фертильным половым партнером, синдром хронической тазовой боли. Среди ультразвуковых феноменов обращает на себя внимание характеристика эндометриоидных кист, поскольку перитонеальные очаги не визуализируются с помощью ультразвукового метода. Характеристика эндометриоидных кист по данным ультрасонографического исследования включала в себя небольшие размеры кисты (до 7 см) (90,5 % случаев), наличие мелкодисперсной взвеси (в 48,1 % случаев), наличие пристеночного компонента (в 14,3 % случаев).

Во время эндовидеохирургической операции были применены ультразвуковой (в 5,4 % случаев) и электрохирургический (в 94,6 % случаев) методы деструктивного воздействия. У всех пациенток проводилась морфологическая оценка удаленных патологических очагов. Во всех случаях, включенных в исследование, морфологически подтвердилось наличие наружного генитального эндометриоза. Среди всех возможных локализаций наружного генитального эндометриоза наиболее часто встречались яичниковые локализации (у 90,3 % от общего числа исследуемых), в том числе образование эндометриоидных кист (у 79,5 % от общего числа исследуемых). Наличие патологических очагов на брюшине малого таза было обнаружено в 74,2 % случаев, ретроцервикальный эндометриоз встречался в 17,2 % случаев. В сочетании с наружным генитальным эндометриозом у женщин встречался внутренний эндометриоз (30 случаев) и экстрагенитальный эндометриоз (24 случая).

Распространенность патологических очагов и спаечного процесса оценивались по классификации американского общества фертильности [8], а также определялась стадия заболевания по классификации РАМН. Чаще всего встречалась 2 стадия заболевания (в 47,3 % случаев). Среднее количество баллов, характеризующих распространенность эндометриоидных очагов, соответствовало 36 баллам, что также соответствует умеренной стадии развития заболевания по классификации американского общества фертильности.

При сопоставлении длительности заболевания с наличием рецидива эндометриоза не было выявлено достоверной взаимосвязи между этими двумя фактами ($u = 101,5$; $p > 0,05$). Теория менструальной регургитации подразумевает увеличение риска раз-

вития патологического процесса с каждой менструацией [9]. Однако всем пациенткам, перенесшим оперативное вмешательство по поводу генитального эндометриоза, назначалось патогенетическое лечение, что снижало количество естественных менструальных циклов. Следовательно, логичным было предположить, что риск развития заболевания зависит скорее от качества лечения, особенностей пациентки или характеристик самого патологического процесса. К клиническим особенностям пациенток относятся возраст, паритет, жалобы, социальный статус. Как уже было сказано, большинство пациенток относились к репродуктивному возрасту, однако, между двумя группами сравнения не было найдено достоверной разницы по возрасту ($u = 103,5$; $p > 0,05$). При исследовании паритета ($u = 115,5$; $p > 0,05$) и социального статуса также не было выявлено достоверной разницы между группами.

Разнообразие жалоб пациенток обеих групп сравнения не отличалось между собой, однако для объективизации жалоб были применены субъективные шкалы оценки болевого синдрома во время менструации (NRC) и различные фазы менструального цикла и при половом контакте (В'п'В). Удалось выявить взаимосвязь между выраженностью болевого синдрома и стадией распространенности эндометриоза по классификации РАМН. Выявлена положительная корреляция средней силы между стадией развития заболевания и количеством баллов по шкале В'п'В ($r = 0,49$). Примечательно, что между стадией и болевым синдромом по шкале NRC выявлена корреляция лишь слабой силы ($r = 0,33$). Это указывает на многообразие проявлений тазовой боли при генитальном эндометриозе [10]. При исследовании взаимосвязи распространенности патологического процесса по шкале американского общества фертильности и болевого синдрома также была обнаружена положительная корреляция средней силы с баллами по шкале В'п'В ($r = 0,47$) и положительная корреляция слабой силы с баллами по шкале NRC ($r = 0,27$).

Более тесная взаимосвязь распространенности патологического процесса и оценки болевого синдрома с помощью шкалы В'п'В позволяет сделать выводы о возможности использования данной шкалы для оценки клинической стадии заболевания у конкретной пациентки, в том числе и при рецидивирующем процессе. Другие авторы также отмечают значение шкалы субъективной оценки болевого синдрома для оценки эффективности лечения заболевания [11].

Спаечный процесс малого таза при эндометриозе также является причиной болевого синдрома, поэтому интересным представляется оценить зависимость интенсивности боли от распространенности спа-

Information about authors:

BARINOV Sergey Vladimirovich, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

NOVIKOVA Elena Igorevna, post-graduate student, department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: elena.novikova.omsk@gmail.com

VASILENKO Ludmila Nikolaevna, candidate of medical sciences, Budget Institution of Health Clinical medical unit N 9, Omsk, Russia. E-mail: dark93@yandex.ru

ежного процесса. Была получена положительная корреляция средней силы между распространенностью спаечного процесса (по шкале американского общества фертильности) и баллами по шкале В'п'В ($r = 0,51$), а также корреляция слабой силы между распространенностью спаечного процесса и баллами по шкале NRC ($r = 0,37$).

При исследовании данных показателей в группах сравнения (с наличием рецидива и отсутствием рецидива эндометриоза в течение двух лет) было установлено, что имеется достоверная разница между группами по распространенности спаечного процесса ($u = 54,5$; $p < 0,05$). Также имеется достоверная разница между группами по стадии заболевания ($u = 50,4$; $p < 0,05$). Полученные данные можно объяснить тем, что развитие спаечного процесса зависит в том числе от инвазивности патологического процесса. [12]. При более инвазивном процессе затруднительна элиминация всех патологических очагов во

время операции, что увеличивает риск рецидива заболевания.

ВЫВОДЫ:

1. Критерием возможного риска рецидивирования наружного генитального эндометриоза является оценка распространенности спаечного процесса, что подтверждается наличием достоверной разницы в группах пациентов с наличием и отсутствием рецидива заболевания.
2. Выявленная корреляционная связь между оценкой болевого синдрома по шкале Viberoglu and Behrman и распространенностью наружного генитального эндометриоза позволяет применить данную шкалу для оценки риска рецидива заболевания.
3. Применение шкалы В'п'В позволяет своевременно решить вопрос о профилактике рецидива генитального эндометриоза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Risk factors for recurrence and re-recurrence of ovarian endometriomas after laparoscopic excision /Shinichi H., Tomohisa U., Osamu F. et al. //J. of Obstet. and Gynaec. Research. – 2011. – V. 37, N 6. – P. 581-585.
2. Post-operative endometriosis recurrence a plea for prevention based on pathogenetic, epidemiological and clinical evidence /P. Vercellinia, Ed. Somiglianab, P. Viganb et al. //Reprod. BioMed. Online. – 2010. – V. 21, N 2. – P. 259-265.
3. Ищенко, А.И. Эндометриоз: современные аспекты /А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина. – М., 2008. – 176 с.
4. Эпидемиологические аспекты генитального эндометриоза /В.А. Линде и др. //Пробл. репрод. – 2008. – № 3. – С. 68-72.
5. Адамян, Л.В. Эндометриозы: рук. для врачей /Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М., 2006. – 320 с.
6. Validation of the SF-36 in patients with endometriosis /D.E. Stull, R. Wasiak, N. Kreif et al. //Qual. Life Res. – 2013. – Epub ahead of print.
7. Зотова, О.А. Клинические и молекулярно-биологические особенности женщин с аденомиозом /О.А. Зотова //Мать и Дитя в Кузбассе: Спецвыпуск № 1. – Кемерово, 2011. – С. 223-225.
8. Adamson, G.D. Endometriosis classification: an update /G.D. Adamson //Curr. Opin. Obstet. Gynec. – 2011. – V. 23, N 4. – P. 213-220.
9. Эндометриоз: теории происхождения /А.В. Кононов, С.И. Мозговой, Е.И. Мозговая, Д.Г. Новиков //Омск. науч. вестн. – 2008. – № 1(65). – С. 32-36.
10. Lu, D. Anti-TNF- α treatment for pelvic pain associated with endometriosis /D. Lu, H. Song, G. Shi //Cochrane Database Syst. Rev. – 2013. – № 3.
11. Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain /D.S. Guzick, L.S. Huang, B.A. Broadman et al. //Fertil. Steril. – 2011. – V. 95, N 5. – P. 1568-1573.
12. Panel, P. Management of endometriosis: clinical and biological assessment /P. Panel, F. Renouvel //J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2007. – V. 36, N 2. – P. 119-128.

REFERENCES:

1. Shinichi H., Tomohisa U., Osamu F. et al. Risk factors for recurrence and re-recurrence of ovarian endometriomas after laparoscopic excision. J. of Obstet. and Gynaec. Research. 2011; 6: 581-585.
2. Vercellinia P., Somiglianab Ed., Viganb P. et al. Post-operative endometriosis recurrence a plea for prevention based on pathogenetic, epidemiological and clinical evidence. Reprod. BioMed. Online. 2010; 21(2): 259-265.
3. Ishhenko A.I., Kudrina E.A. Endometriosis: modern aspects. Moskva, 2008; 176 (In Russian).
4. V.A. Linde i dr. Epidemiological aspects of genital endometriosis. Problemy reprodukcii. 2008; 3: 68-72 (In Russian).
5. Adamjan L.V., Kulakov V.I. Endometrioses: the management for doctors. Moskva, 2006; 320 (In Russian).
6. Stull D.E., Wasiak R., Kreif N. et al. Validation of the SF-36 in patients with endometriosis. Qual. Life Res. 2013; Epub ahead of print.
7. Zotova O.A. Clinical and molecular and biological features of women with the adenomyosis. Mat' i Ditja v Kuzbasse: Specvypusk N 1. Kemerovo, 2011; 223-225 (In Russian).
8. Adamson G.D. Endometriosis classification: an update. Curr. Opin. Obstet. Gynec. 2011; 23(4): 213-220.
9. Kononov A.V., Mozgovej S.I., Mozgovaja E.I., Novikov D.G. Endometriosis: origin theories. Omskij nauchnyj vestnik. 2008; 1(65): 32-36 (In Russian).
10. Lu D., Song H., Shi G. Anti-TNF- α treatment for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst. Rev. 2013; 3.
11. Guzick D.S., Huang L.S., Broadman B.A. et al. Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain. Fertil. Steril. 2011; 95(5): 1568-1573.
12. Panel P., Renouvel F. Management of endometriosis: clinical and biological assessment. J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 2007; 36(2): 119-128.

