

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ (СЛУЧАЙ – КОНТРОЛЬ) РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ

Отделение эндоскопической хирургии Московского областного НИИ акушерства и гинекологии,
Россия, 101000, г. Москва, ул. Покровка, 22а, тел. 8 (495) 625-73-32. E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru

В статье представлены результаты 160 пациенток с поверхностным эндометриозом, эндометриоидными кистами, глубоким инфильтративным эндометриозом и контрольной группы. Проведен сравнительный анализ по группам, наличию взаимосвязей, условий окружающей среды, употреблению пищи и наличию вредных привычек.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометриома, бесплодие, боль, диспареуния.

A. A. POPOV, T. N. MANANNIKOVA, T. Z. CHANTURIA, M. R. RAMAZANOV,
A. A. FEDOROV, B. A. SLOBODYANYUK

COMPARATIVE ANALYSIS OF DIFFERENT FORMS OF ENDOMETRIOID DISEASE: CASE-CONTROL STUDY

*The endoscopic surgery department
Moscow regional scientific research institute of obstetrics and gynaecology,
Russia, 101000, Moscow, Pokrovka str., 22a, tel. 8 (495) 625-73-32. E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru*

In this paper we present result of 160 patients with superficial peritoneal, ovarian and deep infiltrative endometriosis, and control group. Comparative analysis were made between groups, we try to find correlations between environmental, nutritional factors and bad habits.

Key words: endometriosis, endometrioma, infertility, pain, dyspareunia.

Введение

Эндометриоз является одним из самых распространенных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, частота его встречаемости колеблется от 5% до 10%. Наружный генитальный эндометриоз включает в себя несколько клинических форм, наиболее значимые из которых: поверхностный эндометриоз, эндометриоидные кисты яичников (эндометриомы) и глубокий инфильтративный эндометриоз [8].

Предложено множество теорий развития эндометриоза: имплантационная теория (Sampson, 1927) [9], теория метаплазии (Meyer, 1919) [7] как брюшины дугласового кармана (Gruenwald, 1942) [5], так и производных мюллера протока (Donnez, 1996) [3], теория прямой имплантации, лимфо- и гематогенной диссеминации и др. Ни одна теория не обладает универсальностью и не может полностью объяснить все варианты течения болезни. В связи с этим целесообразно рассматривать эндометриоз как различные нозологические формы, имеющие разные патофизиологические особенности, разную клиническую картину и прогноз. Ряд авторов (Charon и др.) предлагают определять поверхностный эндометриоз как форму, при которой глубина инвазии не превышает 5 мм. При глубокой инфильтративной форме эндометриоза глубина инвазии более 5 мм с гистологическим подтверждением поражения гладкомышечной ткани [2].

Основными жалобами женщин с эндометриозом являются боль, связанная с менструацией, и в ряде случаев бесплодие. Установлено, что клиническая картина заболевания и преобладание в ней дисменореи, диспареунии, синдрома хронической тазовой

боли или нарушений мочеиспускания, определяются локализацией очагов эндометриоза [1].

Актуальность темы связана со многими факторами: возрастающей частотой эндометриоза, эндометриоз-ассоциированным бесплодием и формированием стойкого болевого синдрома.

Цель исследования – определить влияние алиментарных факторов, факторов окружающей среды и вредных привычек на развитие ряда форм наружного генитального эндометриоза: поверхностный эндометриоз, эндометриоидные кисты и глубокий инфильтративный эндометриоз.

Материалы и методы

Было обследовано 160 оперированных в эндоскопическом отделении МОНИИАГ женщин, которые разделены на 4 группы: 1-я группа – контрольная (N – 46), 2-я группа – с поверхностным эндометриозом (36), 3-я группа – с эндометриоидными кистами (54) и 4-я группа – пациентки с глубоким инфильтративным эндометриозом (24). Диагноз устанавливается на основании визуальной оценки распространения эндометриоза, гистологического подтверждения заболевания. В послеоперационном периоде пациентки заполняли анкету, в которой учитывались данные об условиях окружающей среды, предпочтениях в пище, здоровье пациентки, вредных привычках, проведенном хирургическом и медикаментозном лечении.

Статистическая обработка проводилась в программе «STATISTICA 6.0». Использовались методы описательной статистики. В оценке результатов использовались методы непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, Краскела-Уоллиса).

Результаты исследования

В таблице 1 представлено распределение пациентов по клинико-anamнестическим данным.

Проведенный анализ результатов опроса выявил отсутствие достоверных различий между пациентками различных групп, связанных с цветом глаз, волос, ростом, весом, ИМТ, возрастом наступления менструаций, веснушек, а также вредных привычек (алкоголь, курение).

Альгодисменорея была более выражена в группе с глубоким инфильтративным эндометриозом, что подтверждено статистически. При оценке по визуально-аналоговой шкале (VAS 0–10) отмечено, что пациентки с эндометриозом чаще отмечают боли, связанные с менструацией, чем в контрольной группе.

Болезненная овуляция встречается в 2 раза чаще у пациенток 3-й и 4-й групп, чем у женщин с поверхностным эндометриозом и контрольной группы.

Таблица 1

Распределение пациенток по клинико-anamнестическим данным

Клинико-anamнестические данные	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	Значение P
Возраст (лет)	29,64 (± 4,134)	30,63 (±5,427)	27 (±4,153)	34 (± 2,264)	p>0,1
Рост (м)	1,66 (± 0,0634)	1,67 (± 0,062)	1,68 (±0,94)	1,69 (±0,622)	p>0,1
ИМТ (кг/м ²)	23,59 (± 1,98)	20,26 (±2,194)	21 (±1,64)	21,56 (±1,134)	p>0,1
Менархе (лет)	13,05 (±1,64)	13,19 (±1,974)	12 (±1,322)	12,82 (±0,987)	p>0,1
Наличие эфелид (веснушек)	28 (62%)	16 (47%)	32 (61%)	18 (75%)	p>0,1
Число сигарет в день (шт.)	1,64 (±0,48)	3 (±2,7)	2,84 (±1,4)	1,36 (±0,9)	p>0,1
Количество алкогольных единиц в неделю	0,68 (±0,24)	1,13 (±1,025)	1,42 (±1,03)	1,18 (±0,98)	p>0,1

Таблица 2

Распределение пациенток по характеру жалоб

Жалобы	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	Значение P
Нециклические боли в области таза VAS (0–10)	1,14 (±0,37)	1 (±2,28)	3,35 (±4,23)	3,82 (±4,19)	p<0,001*
Дисменорея	24 (52%)*	12 (33%)	6 (35,7%)	22 (84%)*	p<0,025*
Дисменорея VAS (0–10)	3,0 (±1,14)	1,69 (±2,85)	3,24 (±2,44)*	6,36 (±2,16)*	p< 0,001*
Лечение дисменореи (КОК)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,73 (±0,18)	p>0,1
Влияние дисменореи на социальную, сексуальную жизнь	0,27 (±0,11)	0,19 (±0,4)	0,37 (±0,28)	0,73 (±0,29)*	p>0,01*
Диспареуния	8 (17%)	12 (33%)	28 (50%)	14 (54%)	p>0,1
Диспареуния VAS	1,09 (±2,25)	2,06 (±3,01)	2,81 (±4,34)	2,91 (±5,23)	p>0,1
Боли при овуляции	10 (23%)	10 (27,7%)	22 (39,2%)	14 (54%)	p>0,1
Бесплодие 1	24 (54,5%)	18 (52,9%)	12 (22%)	12 (50%)	p>0,1
Бесплодие 2	14 (31,8%)	8 (23%)	2 (3%)	4 (16%)	p>0,1
Симптомы ЖКТ	10 (23%)	12 (33%)	38 (67,28%)	18 (69%)	p>0,1
Ректоррагия	0 (0%)	2 (5%)	4 (7%)	4 (16%)	p>0,1
Мочевые симптомы	0 (0%)	4 (12%)	14 (26%)	8 (33%)	p>0,1
Гематурия	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (7%)	p>0,1

Примечание: * – статистически значимые различия.

Количество употребляемых в пищу растительных и комбинированных жиров, кофе, чая, мяса (красное и белое), рыбы в разных группах было также без достоверных различий.

Анализ жалоб пациенток во всех исследуемых группах приведен в таблице 2. Интенсивность болей оценивалась с применением визуальной аналоговой шкалы (VAS). Отсутствие боли – 0 баллов, максимальная интенсивность болей – 10 баллов.

Можно отметить, что в 3-й и 4-й группах по визуально-аналоговой шкале (VAS 0–10) нециклические боли в области таза, не связанные с менструацией, встречались чаще, чем в контрольной группе и группе с поверхностным эндометриозом.

Статистический анализ выявил, что пациентки контрольной группы и пациентки с генитальным эндометриозом чаще страдают первичным бесплодием, чем вторичным.

Диспареуния выявлялась чаще у пациенток с эндометриодными кистами и глубоким инфильтративным эндометриозом, чем у женщин контрольной группы. Причем в два раза чаще боли при коитусе встречаются у пациенток с опухолевидными образованиями яичников (эндометриодными кистами).

При анализе жалоб на симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта во время менструации (диарея, запор, проктит, резкая боль в прямой кишке, тенезмы) и симптомы со стороны мочевыводящей

системы (гематурия, боль при мочеиспускании) отмечено их преобладание в группе с инфильтративным эндометриозом и с эндометриоидными кистами. Мочевые симптомы выражены только в случаях тотального поражения стенки мочевого пузыря.

Обсуждение

На основании клинических наблюдений и статистической обработки мы видим, что эндометриоз может вызывать следующие симптомы: тяжелая дисменорея; диспареуния; хроническая тазовая боль; боли в период овуляции; циклические или перименструальные симптомы поражения смежных органов (например, связанные с кишечником или мочевым пузырем), сопровождающиеся или не сопровождающиеся патологическим кровотечением; бесплодие; хроническая усталость, что соответствует общепризнанным симптомам эндометриоза.

Хронические тазовые боли, вызванные эндометриозом, чаще связаны с перименструальным периодом. У подростков боли могут возникать сразу после первой менструации. Боль может быть разной локализации, но чаще всего носит билатеральный характер, и болевой синдром со временем приобретает хроническое течение. В зависимости от вида и локализации эндометриоза боль может иррадиировать в бедро при яичниковой локализации, в промежность при поражении прямой кишки или спину при локализации эндометриоза крестцово-маточных связок. Однако глубокий инфильтрирующий подбрюшинный эндометриоз сопровождается распространенной тазовой болью и диспареунией. Характер тазовой боли взаимосвязан с анатомической локализацией глубоко расположенных очагов поражения эндометриоза [4].

Таким образом, для многих женщин эндометриоз становится хроническим заболеванием, ухудшающим качество жизни из-за ограничивающей в действиях боли, эмоциональной подавленности в связи с нереализацией репродуктивной функции, боязни обострения и неуверенности в завтрашнем дне по причине многократных оперативных вмешательств или длительной лекарственной терапии и ее побочных эффектов. В связи с этим необходимо

рассматривать эндометриоз как хроническое заболевание, по крайней мере среди женщин с выраженными симптомами данной болезни, а также решать вопросы, связанные с улучшением качества жизни больных [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов А. А., Рамазанов М. Р., Мананникова Т. Н., Федоров А. А., Краснополяская И. В., Перфильев А. Б. Хирургическая тактика при инфильтративных формах эндометриоза в репродуктивном возрасте // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 4. – С. 63–66.
2. Chapron C., Fauconnier A., Dubuisson J. B., Barakat H., Vieira M., Bréart G. Deeply infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhea and extent of the disease. – 2003. – № 18. – P. 760–766.
3. Donnez J., Nisolle M., Smoes P. et al. Peritoneal endometriosis and «endometriotic» nodules of the rectovaginal septum are two different entities // Fertil. steril. – 1996. – № 66. – P. 362–368.
4. Fauconnier A., Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of relationship and implications. – 2005. – № 11. – P. 595–606.
5. Gruenwald P. (1942) Origin of endometriosis from the mesenchyme of the coelomic walls // Am. j. obstet. gynecol. – № 44. – P. 470–474.
6. Koninckx P. R., Kennedy S. H., Barlow D. H. Pathogenesis of endometriosis: the role of peritoneal fluid. – 1999. – № 47 (suppl. 1). – P. 23–23.
7. Meyer R. Über den stand der frage der adenomyositis, adenomyome im allgemeinen und insbesondere über adenomyositis seroepithelialis und adenomyometritis sarcomatosa // Zentralbl gynecol. – 1919. – № 36. – P. 745.
8. Porpora M. G., Koninckx P. R., Piazze J., Natili M., Colagrande S., Cosmi E. V. Correlation between endometriosis and pelvic pain. – 1999. – № 6. – P. 429–434.
9. Sampson J. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity // Am. j. obstet. gynecol. – 1927. – № 14. – P. 422–469.
10. Waller K. G., Lindsay P., Curtis P., Shaw R. W. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners // Eur. j. obstet. gynecol. reprod. biol. – 1993. – № 48. – P. 135–139.

Поступила 30.09.2012

А. А. ПОПОВ, А. А. ФЕДОРОВ, К. В. КРАСНОПОЛЬСКАЯ,
Т. А. НАЗАРЕНКО, М. В. КАПУСТИНА, М. А. ЧЕЧНЕВА

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ЦИРКЛЯЖ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ТРАХЕЛЭКТОМИИ

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
Россия, 101000, г. Москва, ул. Покровка, 22а, тел. +7 495 6257332. E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru

У пациенток с раком шейки матки до IIA стадии заболевания (по FIGO) для сохранения репродуктивной функции возможно выполнение радикальной трахелэктомии (РАТ). Частота наступления беременности после РАТ не превышает 12–33%, частота перинатальных потерь в 1-м и 2-м триместрах гестации составляет 27%, частота преждевременных родов достигает 75%. Одной из причин невынашивания беременности является функциональная несостоятельность маточно-влагалищного анастомоза. Для создания условий вынашивания беременности в условиях МОНИИАГ с 2011 г. выполняется оперативное пособие по наложению циркляжа матки. С 2011 г. в МОНИИАГ прооперировано 12 подобных пациенток, 5 пациенток перенесли ранее РАТ, у 7 была ранее выполнена ампутация шейки матки.

Ключевые слова: рак шейки матки, трахелэктомия, циркляж.