

УДК 618.14-006.3.03-008.6

Эседова Асият Эседовна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии,
Дагестанский государственный медицинский университет
тел. 8 (928) 297-41-92.

Ахмедова Милана Ниматуллаховна

аспирант кафедры акушерства и гинекологии,
Дагестанский государственный медицинский университет
dr.ahmedovamn@mail.ru

Идрисова Муминат Абдусаламовна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии,
Дагестанский государственный медицинский университет
muminat.idrisova.88@mail.ru

Asiyat E. Esedova

doctor of medical sciences, professor,
manager of department of obstetrics and gynecology,
Dagestan State Medical University
тел. 8 (928) 297-41-92.

Milana N. Akhmedova

graduate student of department of obstetrics and gynecology,
Dagestan State Medical University
dr.ahmedovamn@mail.ru

Muminat A. Idrisova

candidate of medical sciences, assistant to department of obstetrics and gynecology,
Dagestan State Medical University
muminat.idrisova.88@mail.ru

**Взаимосвязь болевого синдрома
с распространенностью наружного генитального эндометриоза**

**The relationship of pain with the degree
of prevalence of external genital endometriosis**

Аннотация. Авторами статьи 90 женщин репродуктивного возраста были обследованы для анализа характера боли у пациентов с внешними генитального эндометриоза. Согласно результатам исследования, продолжительность болевого синдрома связана со степенью распространенности внешних генитального эндометриоза корреляции надежную связь ($r = 0,33$; $p < 0,001$). Таким образом, хроническая тазовая боль на фоне наружного генитального эндометриоза связана как с самим

патологическим процессом, так и с морфологическими изменениями структур, степени распространенности очагового процесса, формируя непосредственно уже субстрат боли.

Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз, хроническая тазовая боль, качество жизни.

Abstract. 90 women of reproductive age were examined to analyze the nature of pain in patients with external genital endometriosis. According to the results of the study, the duration of pain syndrome is associated with the degree of prevalence of external genital endometriosis by correlation reliable link ($r=0,33$; $p<0,001$). Thus, chronic pelvic pain against the background of external genital endometriosis is associated both with the pathological process itself, and with morphological changes in structures, the degree of prevalence of the focal process, forming the substrate of pain itself.

Key words: external genital endometriosis, chronic pelvic pain, quality of life.

Введение

Клиническая картина наружного генитального эндометриоза (НГЭ) весьма разнообразна, в основном преобладают тазовые боли различной интенсивности и локализации [1; 2], которые отмечаются по данным разным авторов в 40-90% случаев [3; 4].

Именно боль, связанная с НГЭ, оказывает значительное влияние на качество жизни женщин, медицинское обслуживание и, в целом, на общество. Хроническая боль подавляет чувства, эмоции, нарушает высшие ментальные и адаптивные реакции, уменьшает подвижность физиологических функций, что, в целом, ограничивает социальную активность, работоспособность и резко снижает микроклимат женщин [5]. Болевой синдром (БС) при НГЭ не только отрицательно влияет на качество жизни женщин, нарушая ее социальную адаптацию, но и приводит к дезфункции основных регуляторных процессов организма, затрудняя тем самым диагностику различных хронических процессов, а повышенная лекарственная нагрузка при постоянном приеме анальгетиков может привести к реализации их нежелательных эффектов [6].

Патогенез НГЭ на сегодняшний день остается предметом дальнейших исследований, в особенности касается это тазовых болей. Изучение данного вопроса крайне важно и актуально с целью разработки патогенетических методов лечения НГЭ, в частности БС, связанного с ним [7;8;9], так как, по данным литературы, БС при НГЭ ежегодно становится причиной потери несколько миллионов рабочих дней, и его лечение в год обходится системе здравоохранения в 18-22 миллиардов долларов [10;11].

Анализ факторов, способствующих развитию боли, особенностей клиники характера БС, изучение функциональных расстройств с исследованием морфологических предпосылок хронизации боли, даст возможность расширить представления о патогенетических звеньях БС на фоне НГЭ и определить пути преодоления данного недуга.

Цель исследования: анализ характера болевых ощущений у женщин с НГЭ и ассоциация боли с распространенностью эндометриоидных очагов.

Материал и методы. Обследовано 90 женщин репродуктивного возраста, находившихся в отделении оперативной гинекологии ГБУ РД «Махачкалинский родильный дом №2» им. Р.А. Каримова. У всех пациенток диагноз НГЭ II-IV степени распространенности установлен на основании клинико-инструментальных методов, включая лапароскопию. Пациентки были сформированы в две клинические группы: основную группу составили 70 женщин с наличием БС различной степени тяжести при НГЭ, контрольную группу – 20 женщин с отсутствием БС при НГЭ. Средний возраст в основной группе составил $30,75 \pm 5,47$ лет, в группе контроля – $32,36 \pm 7,05$ лет, в обеих группах статистически значимых различий по возрасту не выявлено.

Все пациентки дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Затем на каждую пациентку заполнялась «индивидуальная карта больного» и была разработана анкета болевых ощущений в зависимости от характера боли и выраженности сопутствующих симптомов, где учитывалась локализация, длительность, интенсивность, периодичность, субъективность характера боли, связь с менструальным циклом, с половыми контактами, так как 25-30% женщин, страдающих НГЭ, предъявляют жалобы на боли во время полового акта (диспареуния) [1;12].

По методике субъективной оценки боли – Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) (Huskisson E.C., 1974) оценивалась интенсивность боли у пациенток в баллах (от 0 до 10). Данная шкала – это отрезок прямой линии длиной 10 см, на левом конце которого отмечена точка отсутствия боли – 0 баллов, а на правом конце – нестерпимая боль, оцененная в 10 баллов.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 9. Использовались средние арифметические величины (M) и их ошибки (m). С целью определения характера связи между изучаемыми параметрами использовали корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции и последующим установлением его значимости по критерию χ^2 (для качественных признаков) или критерию t (для количественных параметров).

Результаты исследования и обсуждение. Все пациентки основной группы (n=70, 100%) предъявляли жалобы на боль. В группе контроля у всех женщин БС отсутствовал (n=20). Анализируя интенсивность боли по ВАШ нами выявлено, что из 70 женщин основной группы – 29 (41,4%) отмечали боль умеренной степени тяжести и 41 (58,6%) – тяжелой степени. Умеренные показатели интенсивности боли при НГЭ составили $7,58 \pm 1,65$ баллов. Хронические боли имели место у 59 (84,2%) женщин с НГЭ, при этом длительность их составила до 6 месяцев у 11 (15,7%) женщин, у значительной части 44 (62,8%) – от 7 месяцев до 3 лет, более трех лет отмечено у 15 (21,4%) лиц.

Анализ показал, что локализация боли была различной (таблица 1). Наиболее часто – 69 (98,6%) пациенток указывали на боли в области малого

таза, четко описать локализацию боли не смогли всего 2 (2,9%) пациентки, а 30 (42,9%) пациенток отмечали появление/усиление боли во время бимануального исследования.

Описанные различные локализации болевой симптоматики, характеризуют специфичность иннервации органов малого таза и механизмы функционирования болевого анализатора.

Таблица 1. Локализация боли у пациенток основной группы (n=70).

Локализация	Количество пациенток	Процент
Область поясницы и крестца	27	38,6%
Область прямой кишки	13	18,6%
Область промежности	3	4,3%
Диспареуния	29	41,4%
Во время менструаций	68	97,1%
Диффузные боли	5	7,1%

При тщательном опросе с целью выявления характерных особенностей болевой симптоматики при НГЭ, обнаружено, что все пациентки описывали весьма интересную и многообразную картину испытываемых болей (рисунок 1). Такая боль принимает патологический характер.

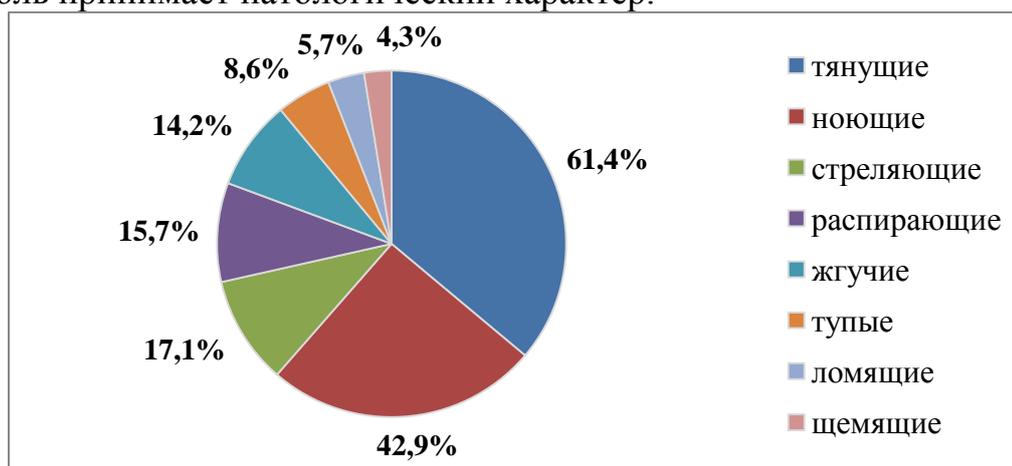


Рисунок 1. Характеристика и описание боли пациентками основной группы (n=70).

Важно отметить, что не всегда наблюдается корреляция между анатомическими характеристиками НГЭ, длительностью процесса и выраженностью БС [12]. В нашем исследовании интенсивность БС не имела корреляционную связь с локализацией эндометриоидного процесса, наличия или отсутствия роста очагов, от количества гетеротопий, а также интенсивность БС не связана и с длительностью боли. В свою очередь, длительность БС связана со степенью распространенности НГЭ корреляционной достоверной связью ($r=0,33$; $p<0,001$). Обращает внимание, что у значительной части пациенток боли сопровождались существенным ухудшением общего самочувствия, нарушением сна, физической слабостью, снижением трудоспособности, депрессией и тревогой. Причем, боли возникали или

усиливались при стрессовых ситуациях, эмоциональных и физических нагрузках.

Также нами были изучены социально-демографические показатели исследуемой когорты женщин, в результате чего установлено, что 50 (71,4%) пациенток основной группы и 18 (90%) лиц группы контроля состояли в браке. На изменения семейных взаимоотношений с отрицательной динамикой указывали 42 (60%) пациентки основной группы и 6 (30%) – группы контроля ($p < 0,05$).

На основании анкетирования, установлено, что в основной группе 49 (70%) женщин, а в группе контроля 16 (80%) – были трудоустроены. По данным показателям статистически значимых различий не выявлено ($p < 0,05$). Обращает внимание, что пациентки основной группы наиболее часто отмечали значительные изменения в окружении, в сфере труда, также отмечали занижение собственной самооценки в последующем снижением социальной активности, в отличие от женщин группы контроля. Анализ данных показал, что недовольство профессиональной и трудовой деятельностью испытывали 32 (45,7%) женщины в основной группе и 2 (10%) – в контрольной ($p < 0,001$).

Как показал анализ анкетирования, 35 (50%) женщин основной группы отмечали существенные изменения и отрицательное восприятие окружающего мира, что не отмечено в группе контроля ($p < 0,001$). Весьма негативно высказывались о себе 36 (51,4%) пациенток основной группы и всего 4 (20%) женщины группы контроля придерживались аналогичного мнения о себе ($p < 0,05$).

Итак, неблагоприятные изменения в различных сферах жизнедеятельности, труда, в коллективе, в семейных отношениях женщины, в первую очередь, связывали с появлением и прогрессированием БС, что нашло подтверждение нами при корреляционном анализе. Выраженность БС связана корреляционной достоверной связью с отрицательными изменениями, происходящим как в сфере трудовой деятельности ($r = 0,402$; $p = 0,001$), в окружении ($r = 0,394$; $p = 0,001$), так и личностными изменениями ($r = 0,335$; $p = 0,005$). В группе контроля корреляции не выявлены.

Выводы. Таким образом, хронический БС на фоне НГЭ связан как с самим патологическим процессом, так и с морфологическими изменениями структур, степени распространенности очагового процесса, формируя непосредственно уже субстрат боли.

Указанные негативные изменения в сфере жизнедеятельности женщин, прежде всего, ассоциированы с постоянным дискомфортом и чрезмерным вниманием к боли, что становится доминантой в их жизни, так же как и неспособность, ими решать обычные семейные, профессиональные и связанные с обществом задачи, что значительно снижает качество жизни женщин и требует разработки индивидуальных программ комплексного ведения, лечения и реабилитации данного контингента женщин.

Литература:

1. Адамян Л.В. [и др.]. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация: Клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013. – 62 с.
2. Ищенко А.И. Эндометриоз: современные аспекты. М.: МИА, 2008. – 176 с.
3. Адамян, Л.В. Роль современной гормонотерапии в комплексном лечении генитального эндометриоза. Проблемы репродукции. 2011; 6: 66-77.
4. Manero M.G. Interleukin-8 serum levels do not correlate with pelvic pain in patients with ovarian endometriosis. *Fertil. Steril.* 2010; Vol. 92, 2: 450-452.
5. Чернуха Г.Е. Эндометриоз и хроническая тазовая боль: причины и последствия. Проблемы репродукции. 2011. 5: 83-89.
6. Fall M., Baranowski A., Elneil S., Engeler D., Hughes H., Messelink E.J., Oberpenning F., Williams A.C. de C. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur. Urol.* 2010; 57: 35-48.
7. Бурлев В.А., Шорохова М.А., Самойлова Т.Е. Современные принципы патогенетического лечения эндометриоза. *Consilium medicum.* 2007; Т. 9, 6: 15-17.
8. Harada T. [et al.] Dienogest is as effective as intranasal buserelin acetate for the relief of pain symptoms associated with endometriosis – a randomized, double-blind, multicenter, controlled trial. *Fertil. Steril.* 2009; Vol. 91. – P. 675-681.
9. Vercellini P., Barbara G. Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2009; Vol. 146, 1: 15-21.
10. Щеглова И.Ю. Этиологические и патогенетические факторы хронических тазовых болей. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2000; 3: 75-82.
11. Fauconnier A., Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum. Reprod. Update.* 2005; Vol. 11, 6: 595-606.
12. Tokushige N., Markham R., Russell P., Fraser IS. Nerve fibres in peritoneal endometriosis. *Hum. Reprod.* 2006; Vol. 11, 21: 3001–3007.

References:

1. Adamyan L.V. [i dr.]. E`ndometrioz: diagnostika, lechenie i reabilitaciya: Klinicheskie rekomendacii po vedeniyu bol`ny`x. М., 2013. – 62 s. (in Russian).
2. Ishhenko A.I. E`ndometrioz: sovremenny`e aspekty`. М.: MIA, 2008. – 176 s. (in Russian).
3. Adamyan, L.V. Rol` sovremennoj gormonomoduliruyushhej terapii v kompleksnom lechenii genital`nogo e`ndometrioza. Problemy` reprodukcii. 2011; 6: 66-77 (in Russian).
4. Manero M.G. Interleukin-8 serum levels do not correlate with pelvic pain in patients with ovarian endometriosis. *Fertil. Steril.* 2010; Vol. 92, 2: 450-452.
5. Chernuxa G.E. E`ndometrioz i xronicheskaya tazovaya bol`: prichiny` i posledstviya. Problemy` reprodukcii. 2011. 5: 83-89 (in Russian).

6. Fall M., Baranowski A., Elneil S., Engeler D., Hughes H., Messelink E.J., Oberpenning F., Williams A.C. de C. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur. Urol.* 2010; 57: 35-48.
7. Burlev V.A., Shoroxova M.A., Samojlova T.E. Sovremenny`e principy` patogeneticheskogo lecheniya e`ndometrioza. *Consilium medicum.* 2007; T. 9, 6: 15-17 (in Russian).
8. Harada T. [et al.] Dienogest is as effective as intranasal buserelin acetate for the relief of pain symptoms associated with endometriosis – a randomized, double-blind, multicenter, controlled trial. *Fertil. Steril.* 2009; Vol. 91. – P. 675-681.
9. Vercellini P., Barbara G. Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2009; Vol. 146, 1: 15-21.
10. Shheglova I.Yu. E`tiologicheskie i patogeneticheskie faktory` xronicheskix tazovy`x bolejj. *Zhurnal akusherstva i zhenskix bolezznej.* 2000; 3: 75-82 (in Russian).
11. Fauconnier A., Chapron S. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum. Reprod. Update.* 2005; Vol. 11, 6: 595-606.
12. Tokushige N., Markham R., Russell P., Fraser IS. Nerve fibres in peritoneal endometriosis. *Hum. Reprod.* 2006; Vol. 11, 21: 3001–3007.