

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я.Р. Закирова, Э.И. Бабаева, М.Р. Оразов, Д.Г. Арютин

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Цель исследования: комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения. **Материалы и методы.** В исследование были включены 55 женщин репродуктивного возраста, проходившие лечение в отделении гинекологии ГКБ № 29 им. Баумана и 30 женщин – в ЦКБ № 6 ОАО «РЖД». За период 2014–2016 гг. данные пациентки прооперированы лапароскопическим доступом по поводу наружного генитального эндометриоза. Диагноз наружного генитального эндометриоза, разных степеней распространенности и тяжести по стадиям классификации по R-AFS, соответственно подтвержден лапароскопическим и морфологическим исследованиями. У 70 женщин произведена энуклеация эндометриомы, у 15 женщин с ретроцервикальным эндометриозом – иссечение эндометриоидного инфильтрата с мобилизацией передней стенки прямой кишки, а также коагуляция эндометриоидных гетеротопий различной локализации, адгезиолизис у всех пациенток. **Результаты.** У 48 (64 %) пациенток выявлены III–IV стадии распространения эндометриоза. У 20 % пациенток эндометриоз явился операционной находкой. Антропометрические показатели имели тенденцию к астеническому типу телосложения. Эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства отмечались у 25 (33,3 %) пациенток с тенденцией к истерической психопатии, у остальных пациенток наблюдались лабильность эмоционального состояния, склонность к депрессиям. Менее чем у 60 % обследованных пациенток степень тяжести заболевания имела достоверную связь с интенсивностью тазовой боли. Подавляющим большинством из числа обследованных оказались женщины с астеническим типом телосложения и выраженным болевым синдромом, относящиеся к истерическому типу психопатий по шкале Бека. **Заключение.** Индивидуальная оценка болевых ощущений, антропометрических и личностных особенностей пациенток в комплексной оценке с морфологическими и анатомическими изменениями органов репродуктивной системы позволяют сформировать адекватную картину тяжести заболевания и состояния женщин с наружным генитальным эндометриозом, с последующим выбором объема оперативного вмешательства и назначением корректной лекарственной терапии.

Ключевые слова: *наружный генитальный эндометриоз, эндометриоидная болезнь, репродуктивное здоровье.*

Эндометриоз – эстрогензависимое заболевание, один из основных механизмов которого – хроническое воспаление, приводящее к боли в области таза различной интенсивности и бесплодию. Хроническая тазовая боль (СРП) – серьезная проблема общественного здравоохранения [19, 21, 26]. Эндометриоз по праву можно считать эпидемией XXI века, охватившей все слои женского населения [3, 7, 13, 14, 29]. Этим заболеванием страдают приблизительно 176 миллионов женщин детородного возраста по всему миру. Симптомы эндометриоза обуславливают значительное бремя болезни и повышают стоимость лечения этого заболевания для общества вследствие снижения экономической и личной продуктивности

женщин [18, 22, 28]. Многочисленные данные отечественной и зарубежной литературы подтверждают наличие психопатологических реакций у женщин с генитальным эндометриозом. В ряде случаев относят его к психосоматическим заболеваниям [4, 9].

Адаптация организма к хронической боли сопряжена с изменениями личностной сферы, социальной дезадаптацией и закономерным ухудшением качества жизни, что для большинства больных является более значимым, чем исключительно физическое страдание. Постоянный дискомфорт, безысходность и чрезмерное внимание к боли способствуют тому, что болезнь становится доминантой в жизни этих пациенток. Неспособность решать

обычные семейные, профессиональные и связанные с досугом задачи, в конце концов, ведет к формированию так называемого болевого поведения, вплоть до социальной дезадаптации [6, 10]. Эндометриоз, являющийся наиболее частой причиной ХТБ, поражает 10 % женщин репродуктивного возраста и 50–60 % женщин и девочек-подростков с тазовой болью, охватывая период времени от менархе до пременопаузы [3, 10].

Несмотря на многочисленные исследования касаясь эндометриоза, ряд аспектов в механизме его формирования остается невыясненным [18, 25, 28]. В настоящее время по-прежнему трудно однозначно ответить на вопросы: почему эндометриоз развивается у одних женщин и не встречается у других? Почему заболевание по-разному проявляется? Почему тяжелые формы встречаются только у некоторых женщин и почему прослеживается такая слабая корреляционная связь между степенью распространенности заболевания, его типом и тяжестью симптомов? Даже в экономически развитых странах существуют некоторые проблемы, связанные с диагностикой эндометриоза [1, 5].

Опубликовано большое количество работ, в которых представлена информативность различных методов исследования в диагностике эндометриозных поражений и при прогнозе рецидивов эндометриоза, однако до последнего времени дискутируется диагностическая ценность каждого из них, особенно определение уровня онкомаркеров и иммунологических показателей [10].

По данным ESHRE, если время от появления первых симптомов заболевания до первого визита к врачу составляет в странах Европы в среднем 1 год, то с момента обращения за медицинской помощью до установления диагноза проходит в среднем 7 лет (в Германии, Австрии – более 10 лет, в Великобритании, Испании – 8 лет) [5].

И хотя основная причина заболевания все еще не установлена, предполагается его многофакторная этиология, включая генетические факторы с возможным эпигенетическим влиянием, а также воздействием окружающей среды. Одним из доминирующих клинических симптомов эндометриоза является хроническая тазовая боль (рецидивирующая или постоянная боль, которая беспокоит больную не менее 6 месяцев) [2]. В настоящий момент Американская Ассоциация гинекологов-эндо-

скопистов (AAGL) разрабатывает систему классификации, которая будет сфокусирована в основном на характеристике боли (L.C. Giudice, 2012). Можно надеяться, что активно проводимые исследования в области визуализации, биомаркеров, гистологии и генома в скором времени предоставят полезную информацию для разработки новой классификационной системы с учетом новых данных в изучаемых областях [10].

Как полагают, эстрогены уменьшают восприятие боли (повышают порог болевой чувствительности), по крайней мере, на соматическом уровне. Мета-анализ 16 работ, в которых изучалась экспериментально «наведенная» боль, продемонстрировали, что соматические сенсорные пороги болевого ощущения были ниже примерно на 30 % в предменструальные и менструальные дни цикла, когда уровни эстрогенов являются низкими). С другой стороны эстрогены увеличивают связанную с эндометриозом боль, непосредственно стимулируя рост очагов. Эндометриозные поражения демонстрируют изменчивую экспрессию эстрогенных рецепторов (ЭР) и прогестероновых рецепторов (ПР) и различный ответ на гормональное воздействие. Клинически это коррелируется с усилением симптомов боли у женщин репродуктивного возраста, а также уменьшением ее в постменопаузе и в случае индуцирования гипозестрогенного состояния на фоне медикаментозного лечения. Кроме того, эндометриозная ткань обладает способностью экспрессировать высокий уровень ароматазного воздействия, что вызывает локальное накопление эстрадиола и стимулирует рост этой ткани. Этот факт объясняет персистенцию заболевания у некоторых пациенток даже при эстроген-дефицитных состояниях [2, 7, 10].

В марте 2013 г. Всемирное общество по эндометриозу приняло первый Глобальный консенсус по ведению женщин с этим заболеванием. Но до настоящего времени достоверно не изучена связь боли с тяжестью заболевания и характерологической особенностью пациента.

В современном мире эндометриоз – это эпидемия, охватившая представительниц женского пола, начиная с подросткового возраста, независимо от расовой принадлежности или социально-экономического статуса [2, 3, 7, 8, 12, 23].

Статистика эндометриоза неумолима:

распространенность заболевания в мире составляет 2–5 %; его обнаруживают у 20–40 % женщин [4, 24] из бесплодных пар и у 52 % пациенток с хронической тазовой болью [3, 15, 24]. В марте 2013 года Всемирное общество по эндометриозу (World Endometriosis Society) приняло первый Глобальный консенсус по ведению женщин с этим заболеванием.

Интенсивность и характер боли, связанной с эндометриозом, редко коррелирует с тяжестью заболевания и циклическая боль не всегда указывает на наличие эндометриоза. Исследование органов малого таза не позволяет провести точную оценку объема эндометриодных очагов и рентгенографические, ультразвуковые методы и магнитно-резонансная томография (МРТ) не повышают в должной мере диагностическую точность. Визуализация характерных поражений обычно рассматривается в качестве приемлемой замены эксцизии ткани с последующим гистологическим подтверждением диагноза эндометриоза. Нетипичные поражения, включая таковые в пределах перитонеальных полостей, являются более трудными для характеристики без проведения биопсии [2, 7, 10, 11].

В настоящее время недостаточно специфической информации об эффективности различных лекарственных средств при медикаментозном лечении хронической тазовой боли. В основе ее возникновения лежат те же механизмы, что и в основе появления невропатических болей [10].

Общепринятая тактика ведения пациенток с этой патологией заключается в оперативном удалении эндометриодных очагов [2, 4, 20, 23], энуклеации кист с последующим гормональным лечением [2, 6]. При выявлении очагов в процессе проведения лапароскопии следует провести хирургическое вмешательство, поскольку это является эффективным методом терапии связанной с эндометриозом боли. Хирургическое лечение эндометриоза оговорено и в положениях Консенсуса WES [5].

Остается недостаточно изученным влияние тех или иных препаратов на общее состояние больных, психоэмоциональную сферу, иммунологический статус, соотношение уровней гонадотропных и половых гормонов, содержание онкоантигенов в крови. Не разработаны алгоритмы того или иного способа лечения в зависимости от индивидуальных особенностей больных, клинико-анатомической характеристики эндометриодных поражений,

иммунологических и гормональных нарушений. Не описано влияние новых методов медикаментозного и комбинированного лечения эндометриоза при различных проявлениях заболевания (боль, нарушение менструального цикла, бесплодие, симптомы нарушения функции соседних органов) [10].

Среди множества исследований нет достоверной оценки боли [1, 16], ее связи со степенью тяжести заболевания и характерологических особенностей пациентов, что дает основание для дальнейших исследований в этой области [9, 12, 23].

Цель исследования: комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 55 женщин репродуктивного возраста, проходившие лечение в отделении гинекологии ГКБ № 29 им. Баумана и 30 женщин – в ЦКБ № 6 ОАО «РЖД». За период 2014–2016 гг., данные пациентки прооперированы лапароскопическим доступом с использованием комплекса аппаратуры KarlStorz (Germany) по поводу наружного генитального эндометриоза. Диагноз наружного генитального эндометриоза, разных степеней распространенности и тяжести по стадиям классификации R-AFS, соответственно подтвержден лапароскопическим и морфологическим исследованиями. У 70 женщин произведена энуклеация эндометриомы, у 15 женщин с ретроцервикальным эндометриозом – иссечение эндометриодного инфильтрата с мобилизацией передней стенки прямой кишки, а также коагуляция эндометриодных гетеротопий различной локализации, адгезиолизис у всех пациенток. Все обследуемые женщины в возрасте от 19 до 35 лет были разделены на 4 группы в зависимости от выраженности болевого синдрома. В 1-ю группу вошли пациентки с отсутствием жалоб на любые болевые ощущения в области малого таза и прямой кишки 14,1 % (n = 12) (p < 0,001). Причем у 8,2 % (n = 7) эндометриоз был диагностирован как случайная находка во время хромосальпингоскопии по поводу бесплодия. В группах 2–4-й 100 % женщин имели основные жалобы на боли в области малого таза различной выраженности, длительности и локализации: во 2-й группе – пациентки с легкой степенью болевого синдрома, в 3-й – средней, в 4-й – сильной, а в 5-й – оценивали как не выноси-

мую (за критерии оценки болевого синдрома взята ВАШ – визуальная аналоговая шкала, упомянутая ниже, с нашей корректировкой о 5-й группе при нестерпимой боли). Интраоперационно была оценена стадия наружного генитального эндометриоза по R-AFS. В 1-й группе оказались женщины с I–IV стадиями распространенного наружного генитального эндометриоза из них: 7 – I–II, 3 – III, 2 – IV стадией. Кроме того, в ходе лапароскопии всем пациенткам подсчитан индекс фертильности (Endometriosis fertility index (EFI)), предложенный G. Adamson в 2010 г.

Проводились: определение антропометрических показателей (индекс массы тела – ИМТ, индекс Соловьева, измерение Калипером толщины кожной складки, пельвиометрия), оценка боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 (нестерпимая боль) баллов и болевого опросника Мак-Гилла (Mac-Gill), в котором все слова (дескрипторы), описывающие качественные особенности боли, представлены 20 подклассами, анализ психоэмоционального статуса (оценка степени депрессии оценивалась с помощью шкалы депрессии Бэка; исследование индивидуально-психологических особенностей личности проводилась при помощи Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI тест). Для оценки качества жизни применен краткий опросник качества жизни, разработанный ВОЗ.

Статистический анализ полученных данных проведен с помощью программы IBM SPSS Statistics 23.

Результаты исследования. В ходе поведенческого исследования антропометрические показатели имели тенденцию к астеническому типу телосложения. ИМТ (индекс массы тела) у 28 (37,3 %) обследованных находился в пределах 16–18, что является показателем дефицита массы тела, у 42 (56 %) пациенток процент жира в организме был равен 18,4–20,3 %, соответствующий астеническому типу либо верхней границе нормы нормального распределения жира в организме, у 15 (17,6 %) – соответствовал нормальному распределению жировой ткани. Толщина кожной складки, измеренная Калипером соответствовала нормальным значениям у 70 % женщин, а у 30 % – была ниже допустимых значений (менее 14 % жира в организме при норме от 14–21 %). Из общего числа обследованных женщин

у 6 (12 %) отмечалось сужение таза I–II степени. У 73 женщин индекс Соловьева был равен 1,4, у 12 – 1,6.

По результатам нашей работы среди обследованных женщин с наружным генитальным эндометриозом 70,6 % состоят в браке, детей имеют 45,8 %, а 49,4 % страдают бесплодием (причем из них 24,8 % состоят в браке). Среди женщин с безболевогой формой (группа 1) – в 91,6 % случаев женщины обращались за помощью по поводу бесплодия, 75 % – замужем и 8,3 % имеют детей; в группе 2 с легким болевым синдромом – у 37,5 % отмечалось бесплодие, 81,25 % пациенток – замужем и у 50 % имеются дети; в группе 3 – средняя степень боли – 40,5 % пациенток с бесплодием, 40,5 % замужем и у 54 % есть дети; в группе 4 – сильный болевой синдром – у 35,2 % поставлен диагноз «бесплодие», 58,8 % – замужем, у 64,7 % – есть дети; и в 5-й группе состоит женщина с наружным генитальным эндометриозом VI стадии по AFS – которая характеризует болевой синдром, как нестерпимый, при этом состоит в браке и имеет двух детей. Несмотря на выраженность болевых ощущений, женщины с болевой формой эндометриоза не отмечали в достаточной мере изменений в сфере труда (75 % – говорили о своей способности терпеть боль, из-за социальных условий). Однако 76 (89,4 %) женщин отмечали снижение социальной активности и давали себе низкую самооценку; 45 (53 %) пациенток, состоящих в браке, жаловались на периодические изменения взаимоотношений в семье, связывая это с эпизодами болевого синдрома.

Эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства отмечались у 25 (29,4 %) пациенток с тенденцией к истерической психопатии, у остальных пациенток наблюдались лабильность эмоционального состояния, склонность к депрессиям.

Более чем у 67 % обследованных пациенток степень тяжести заболевания имела достоверную связь с интенсивностью тазовой боли. Жалобы на боль предъявляли все женщины из 2, 3, 4 и 5-й групп. В 1-й группе болевой синдром отсутствовал. Из 85 обследованных женщин с верифицированным диагнозом, наружный генитальный эндометриоз, в 1-й группе оказались женщины с отсутствием болевого синдрома – 12 женщин (14,1 %), из них 7 – с I–II, 3 – III, 2 – IV стадией по AFS; 2-й группе с легкой степенью болевого

синдрома – 16 пациенток (18,8 %), из них 6 – со II, 10 – III стадией по AFS, к 3-й группе – 37 пациенток (43,5 %), из них 4 – со II, 30 – III, 5 – IV стадией по AFS; к 4 группе – 17 женщин (20 %), из 15 – с III, 2 – IV стадией по AFS и к 5 группе: 1 пациентка с IV стадией по AFS. Группы пациентов были разделены по оценке выраженности болевого синдрома по ВАШ, с корректировкой на нестерпимые боли у пациентки в 5-й группе. Средние показатели интенсивности боли при НГЭ (наружном генитальном эндометриозе) в 4-й и 5-й группах значительно выше, чем в 1-й и 2-й группах ($p < 0,001$), – $7,45 \pm 1,63$ и $1,85 \pm 1,03$.

При подробном сборе анамнеза выяснено, что у 73 (85,9 %) женщин с диагнозом НГЭ обратились за помощью по поводу хронического болевого синдрома. Из них 20 (27,4 %) пациенток впервые отметили появление болей с менархе, 15 (20,5 %) пациенток связывают возникновение боли с увеличением размеров эндометриодной кисты, случайно выявленной при плановом медицинском осмотре, 12 (14,1 %) пациенток отметили появление болей через несколько лет после родов, 10 (11,7 %) обследуемых впервые обратились за помощью по поводу диспареунии. С психологическим стрессом связывали болевой синдром, а затем верифицированный диагноз НГЭ, 16 (18,8 %) пациенток. На сильные менструальные боли предъявляли жалобы 60 (70,6 %) пациенток. У 15 (17,6 %) отмечался иррадиирующий характер болей.

Жалобы на тянущие боли внизу живота предъявляло большее количество обследованных 35 (41,1 %), на боли в повздошной области, соотнося с локализацией кисты – 15 (17,6 %), на стороне, противоположной расположению эндометриодной кисты – 5, на боли в области поясницы и крестца – 13 (15,3 %), в области промежности – 5 (5,9 %) – пациентки с тяжелыми инфильтративными формами. 12 (14,1 %) женщин с верифицированным лапароскопически и гистологически диагнозом НГЭ разных степеней распространения утверждали об абсолютном отсутствии болей любой локализации. Хронические боли были характерны для 73 из 85 (85,9 %) опрошенных женщин с НГЭ. Причем 34 (40 %) женщин боли беспокоили не менее $4 \pm 1,5$ лет до постановки диагноза НГЭ. У 28 (32,9 %) длительность болей составила от 7 мес. до 4 лет, у 7 (8,2 %) – более 6,5 лет. У 4 (4,7 %) боли появились менее 6 мес. назад. Субъективное

описание болей было разнообразным у пациенток. Большинство говорили о «тянущем» характере болей – 60 %, часть описывали, как ноющие боли в области поясницы – 35 %, часть отмечали покалывание на стороне диагностированной по ультразвуковым данным кисты или на противоположной стороне 10 %, часть предъявляли жалобы на дискомфорт в нижнем отделе живота – 5 %.

У 17 (20 %) пациенток с III–IV степенью распространения эндометриоза наблюдались максимальные показатели боли (пациентки 3-й и 4-й групп), а 1 из пациенток оценивала боль как «невыносимую» – 1,2 %.

Что касается оценки тревожности, то 100 % женщин из обследованных отмечали беспокойство относительно своего состояния здоровья, включая пациенток с отсутствием болевого синдрома. Некоторые из них жаловались на плохой сон – 25 %, раздражительность в течение дня – 15 %. У 30 % – выявилась легкая степень депрессии по шкале депрессии Бека, у 5 % – умеренная, у 1,2 % – средняя выраженность депрессии, у 62,8 % – депрессия отсутствовала. Это объяснялось, по видимому, способностью женщин «терпеть» дискомфорт и боли. Изменение качества жизни не отмечали 35% пациенток, однако 65 % все же ощущали отличие собственного ритма и качества жизни от возможного. Из них 45 % характеризовали его, как удовлетворительное, 20 % – как плохое.

Из опрошенных 32 % женщин описывали снижение продуктивности на работе, 48 % – повышенную утомляемость, 53 % отметили ухудшение внутрисемейной атмосферы, 45 % – конфликтные ситуации с мужем и детьми. Из исследуемых групп 25 % женщин не замужем, причем 5 % из них в разводе. Расстройства в сексуальной сфере были выявлены у 55 (64,7 %) обследованных женщин (диспареуния).

Помимо болевого синдрома, ведущим симптомом наружного генитального эндометриоза является бесплодие, по поводу которого, как единственного симптома, обратились 7 женщин (8,2 %). Причем другие причины у этих пациенток были исключены, в том числе и мужской фактор. У 41,2 % из общего числа пациенток выявилось бесплодие, 8,2 % – первичное, 33 % – вторичное. В то же время 64,7 % имеют детей; что парадоксально в 5-й группе состоит женщина с наружным генитальным эндометриозом VI стадии по AFS – которая

характеризует болевой синдром, как нестерпимый по ВАШ, при этом замужем и имеет двоих детей. При оценке индекса фертильности (EFI) у исследуемых групп женщин выявлено у 7 (8,2 %) – EFI равен 2, у 9 (10,6 %) равен 3, у 6 (7 %) – 5, у 21 (24,7 %) – 4, у 42 (49,4 %) равен 6. Причем у пациенток с I–II стадиями у 60 % – вероятность наступления беременности по подсчетам составляет 29,4 %, а у 40 % ≤ 15 %. При выявленной III стадии у 63,8 % вероятность наступления беременности составляет 39,7 %; у 23 % – 60,1 %. При IV стадии у 10 % – вероятность наступления беременности приближена к 50 %, у 90 % – менее 15 %.

Таким образом, между стадией наружного генитального эндометриоза и частотой наступления беременности, оцениваемой по EFI, нет прямой корреляционной связи. Данный факт касается и выраженности болевого синдрома. По результатам проведенного исследования, при тяжелых стадиях НГЭ субъективная оценка боли далеко не всегда соответствует лапароскопической оценке тяжести заболевания и, наоборот, в ряде случаев при единичных очагах наружного генитального эндометриоза у пациенток определяется низкий порог болевой чувствительности. Интересно, что характер боли, иррадиация и области болевой реакции трудно сопоставимы со стадией НГЭ, до оперативного вмешательства и объективной оценки объема пораженных тканей.

Подавляющим большинством из числа обследованных оказались женщины с астеническим типом телосложения и выраженным болевым синдромом, относящиеся к истерическому типу психопатий по шкале Бека.

Заключение. Таким образом, на основании проведенного исследования нами выявлено, что выраженность болевого синдрома, а именно тазовой боли, при наружном генитальном эндометриозе далеко не всегда соответствует истинным масштабам заболевания. Наши результаты явились подтверждением литературных данных других исследователей [2, 7, 10]. Интенсивность и характер боли, связанной с эндометриозом, редко коррелирует с тяжестью заболевания, и циклическая боль не всегда указывает на наличие эндометриоза. Исследование органов малого таза не позволяет провести точную оценку объема эндометриозных очагов и рентгенографические, ультразвуковые методы и магнитно-

резонансная томография (МРТ) не повышают в должной мере диагностическую точность. Визуализация характерных поражений обычно рассматривается в качестве приемлемой замены эксцизии ткани с последующим гистологическим подтверждением диагноза эндометриоза. Нетипичные поражения, включая таковые в пределах перитонеальных полостей, являются более трудными для характеристики без проведения биопсии [2, 7, 10, 11].

Объективно оценить тяжесть заболевания оказалось возможным лишь при оперативном вмешательстве, сопоставив полученные интраоперационно данные с жалобами и анамнезом пациенток.

Статистика эндометриоза неумолима: распространенность заболевания в мире составляет 2–5 %; его обнаруживают у 20–40 % женщин [4, 5, 18] из бесплодных пар. Несмотря на выявление диагноза бесплодия у обследованных нами пациенток (при исключенном мужском факторе), в том числе случаев, где эндометриоз явился случайной находкой интраоперационно, окончательного объяснения infertility данных женщин нет. Однако в подавляющем большинстве случаев констатирован спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу, подтвержден воспалительный характер эндометриозных гетеротопий (гистологически верифицирован). Эти факторы могут способствовать формированию бесплодия.

Несмотря на все вышеперечисленное, несколько женщин с тяжелыми степенями НГЭ реализовали свои репродуктивные планы до оперативного лечения, в то время как ряд пациенток с легкими формами заболевания и единичными эндометриозными кистами размерами до 4 см в диаметре (по УЗИ-критериям) и отсутствием спаечного процесса страдают бесплодием.

Особую роль, по-видимому, играет психосоматическое состояние в популяции, страдающих эндометриозом. Симптомы эндометриоза обуславливают значительное бремя болезни и повышают стоимость лечения этого заболевания для общества вследствие снижения экономической и личной продуктивности женщины [21]. По данным проведенных нами опросов у исследуемых групп пациенток, выявлено формирование некоего замкнутого круга на фоне снижения качества жизни и повышенного уровня тревожности. Несмотря на возможность, со слов обследуемых, «перетер-

петь» боль, данное состояние постоянно беспокоит их, меняет привычный ритм жизни, снижает удовлетворенность условиями существования, обостряет конфликтные ситуации в семье. Поэтому при комплексном подходе к лечению необходимо учитывать и психологическую реабилитацию больных эндометриозом после оперативного лечения, давая соответствующие рекомендации.

Тщательный анализ жалоб пациентки и традиционный гинекологический осмотр позволяют лишь предположить наличие эндометриоза, для подтверждения диагноза в большинстве случаев требуется углубленное обследование [10, 15, 16]. Таким образом, при диагностике наружного генитального эндометриоза и выборе лечебной тактики необходимо обязательно учитывать антропометрические показатели, используя различные методы их оценки для большей объективизации полученных данных; степень тяжести заболевания (в настоящее время наиболее достоверной остается интраоперационная оценка, что подтверждается в ряде международных исследований и в нашем клиническом исследовании); выраженность болевого синдрома, а также психоэмоциональный статус пациентки. Каждый параметр в отдельности не несет в себе достоверной картины заболевания и не позволяет сформировать прогноз прогрессирования и лечения наружного генитального эндометриоза.

Индивидуальная оценка болевых ощущений, антропометрических и личностных особенностей пациенток в комплексной оценке с морфологическими и анатомическими изменениями органов репродуктивной системы позволяют сформировать адекватную картину тяжести заболевания и состояния женщин с наружным генитальным эндометриозом [5]. Это в последующем решит вопрос о наиболее верной тактике лечения данных пациенток с последующим выбором объема оперативного вмешательства и назначением корректной лекарственной терапии. Разработка алгоритма реабилитации и улучшения качества жизни у пациенток с наружным генитальным эндометриозом, своевременная психологическая коррекция эмоционального статуса таких женщин в предоперационном и послеоперационном периоде позволят уменьшить их психоэмоциональное напряжение, что, безусловно, положительно повлияет на их репродуктивное здоровье.

Литература

1. *Возможности терапии сочетания миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез / В.Е. Радзинский, И.М. Ордяниц, М.Н. Масленникова и др. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 4. – С. 44–47.*

2. *Гинекология. Руководство по практическим занятиям / под ред. В.Е. Радзинского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 552 с.*

3. *Дамиров, М.М. Взгляд практикующего врача: моногр. / М.М. Дамиров, О.Н. Олейникова, О.В. Майоров. – М.: Изд-во «БИНОМ. Лаборатория знаний», 2013. – 152 с.*

4. *Дубоссарская, З.М. Дифференциальная тактика лечения доброкачественных заболеваний половых органов, сопровождающаяся синдромом хронической тазовой боли / З.М. Дубоссарская // Women's Health. – 2012. – № 6 (72). – С. 132–136.*

5. *Жигунова, А.К. Новые горизонты гинекологической хирургии / А.К. Жигунова // Украин. мед. журн. – Киев, 2013. – № 6. – С. 1–4. – <http://www.umj.com.ua/article/69568/novye-gorizonty-ginekologicheskoy-xirurgii>.*

6. *Применение аргонплазменной коагуляции в хирургическом лечении наружного генитального эндометриоза / А.С. Гаспаров, В.А. Бурлев, М.Ф. Дорфман и др. // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 5. – С. 253–258.*

7. *Федотова, Л.В. Оценка качества жизни у пациенток с гиперпластическими заболеваниями гениталий под влиянием терапии / Л.В. Федотова, А.Н. Андреев, В.И. Коновалов // V Международная научно-практическая конференция «Фармация и общественное здоровье». – Екатеринбург, 2012. – С. 398–400.*

8. *Харченко, Ю.А. Адекватная оценка боли – ключ к успешному лечению / Ю.А. Харченко // Universum: медицины и фармакологии: Elektron. – 2014. – № 4 (5). – С. 5–10.*

9. *Чернышова, И.В. Тревожно-депрессивные акцентуации в оценке качества жизни больных генитальным эндометриозом / И.В. Чернышова, И.В. Тарасова, Е.А. Сандакова // Лечение и профилактика. – М., 2013. – № 2 (6). – С. 54–58. – http://www.lechprof.ru/catalog/article/original_research/anxietydepressive_accentuation_in_assessing_the_quality_of_life_of_patients_with_genital_endometriosis/?sphrase_id=3332.*

10. *Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация: Федеральные клинические*

рекомендации по ведению больных. – М., 2013. – С. 1–65. – <http://www.ncagip.ru/upload/obrazovanie/16.pdf>.

11. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis / J. Brawn, M. Morrotti, K.T. Zondervan et al. // *Hum. Reprod. Update*. – 2014. – Vol. 20, iss. 5. – P. 737–747.

12. Damirov, M.M. Endometriosis: a view of the practitioner: monograph / M.M. Damirov, O.N. Oleinikova, O.V. Mayorov // Publishing BINOM. – 2013. – P. 152.

13. Endometriosis: a consequence of varying injuries to pelvic autonomic nerves / X.M. Zhang, X.F. Huang, H. Xu et al. // *Fertil. Steril*. – 2012. – Vol. 98, iss. 6. – P. 543–546.

14. Endometriosis: pathogenesis and treatment / P. Vercellini, P. Vigano, E. Somigliana et al. // *Nat. Rev. Endocrinol*. – 2014. – Vol. 10, iss. 5. – P. 261–275.

15. Herington, J. Immune interactions in endometriosis / J. Herington // *Expert Rev. Clin. Immunol*. – 2012. – Vol. 7 (5). – P. 611–626.

16. Johnsonm, N. Consensus on current management of endometriosis / N. Johnsonm // *Hum. Reprod*. – 2013. – Vol. 28 (6). – P. 1552–1568.

17. Laparoscopic excision of endometriosis a randomized, placebo-controlled trial / J. Abbott, J. Hawe, D. Hunter et al. // *Fertil. Steril*. – 2014. – Vol. 82. – P. 878–884.

18. Laschke, M.W. Vasculogenesis: a new piece of the endometriosis puzzle / M.W. Laschke // *Hum. Reprod. Update*. – 2012. – Vol. 18, iss. 6. – P. 682–702.

19. Neil, P.J. For the World. Consensus on current management of endometriosis. Endometriosis Society Montpellier Consortium / P.J. Neil, L. Hummelshoj // *Hum. Reprod*. – 2013. – Vol. 28, iss. 6. – P. 1552–1568.

20. Peritoneal full-conditioning reduces postoperative adhesions and pain: a randomised controlled trial in deep endometriosis surgery / P. Koninckx, R. Corona, D. Timmerman, J. Verguts // *J Ovarian Res*. – 2013. – Vol. 11. – P. 90.

21. Simoens, S. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with

endometriosis and treated in referral centres / S. Si-moens // *Hum. Reprod*. – 2012. – Vol. 27. – P. 1292–1299.

22. Taran, F.A. Adenomyosis: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Phenotype and Surgical and Interventional Alternatives to Hysterectomy / F.A. Taran, E.A. Stewart, S. Brucker // *Geburtshilfe Frauenheilkd*. – 2013. – Vol. 73, iss. 2. – P. 924–931.

23. The estimated annual cost of uterine leiomyoma in the United States / E.R. Cardozo, A.D. Clark, N.K. Banks et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol*. – 2012. – Vol. 206, iss. 3. – P. 234–239.

24. The European Society of Human Reproduction and Embryology guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis: an electronic guideline implementability appraisal / L.J. Dijk, W.L. Nelen, T.M. D'Hooghe et al. // *Implement. Sci*. – 2011. – Vol. 19, iss. 6. – P. 7.

25. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. – <http://fertstertforum.com/asrmpraccom-pelvic-pain-endometriosis/> (Accessed 13 March 2014).

26. Trioloa, O. Chronic Pelvic Pain in Endometriosis / O. Trioloa, S. Laganàa, E. Sturlese // *J. Clin. Med. Res*. – 2013. – Vol. 5, iss. 3. – P. 153–163.

27. Verit, F.F. Endometriosis, leiomyoma and adenomyosis: the risk of gynecologic malignancy / F.F. Verit, O. Yucel // *Asian Pac. J. Cancer. Prev*. – 2013. – Vol. 14, iss. 10. – P. 5589–5597.

28. Wang, Y. Genetic variation in COX-2-1195 and the risk of endometriosis and adenomyosis / Y. Wang, Y. Qu, W. Song // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol*. – 2015. – Vol. 42, iss. 2. – P. 168–172.

29. World endometriosis Research Foundation Women is Health Symptom Survey Consortium. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: result from a multicenter study / K.E. Nnoaham, L. Hummelshoj, S.H. Kennedy et al. // *Fertil. Steril*. – 2012. – Vol. 98, iss. 3. – P. 692–701.

Закирова Яна Рявхатовна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, г. Москва, bikmaeva90@mail.ru.

Бабаева Эльвира Ильхамовна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, г. Москва, elvira-3333@mail.ru.

Оразов Мекан Рахимбердыевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, г. Москва, omekan@mail.ru.

Арютин Дмитрий Геннадьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Российский университет дружбы народов, г. Москва, aryutin@mail.ru.

Поступила в редакцию 29 октября 2016 г.

DOI: 10.14529/hsm160404

COMPLEX ASSESSMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH IN PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS AFTER SURGERY

Y.R. Zakirova, bikmaeva90@mail.ru,

E.I. Babaeva, elvira-3333@mail.ru,

M.R. Orazov, omekan@mail.ru,

D.G. Aryutin, aryutin@mail.ru

Russian Peoples' Friendship University, Moscow, Russian Federation

Aim. Complex assessment of reproductive health in patients with external genital endometriosis after surgery. **Materials and Methods.** The study involved 55 women of childbearing age who received treatment in the department of gynecology of Bauman City Clinical Hospital № 29 and 30 women observed in Central Clinical Hospital № 6. In 2014–2016 the patients underwent laparoscopic surgery for external genital endometriosis. External genital endometriosis of different extent and severity (according to R-AFS) was diagnosed and confirmed using laparoscopic and morphologic assessment methods. 70 patients underwent endometrioma nucleation, and 15 patients with retrocervical endometriosis were subjected to excision of endometrioma with mobilization of the anterior wall of the colon as well as coagulation of endometrioid heterotopias of various sites; all patients were subjected to adhesiolysis. **Results.** 48 (64%) patients had III–IV stage endometriosis. In 20% endometriosis was diagnosed during surgery. Anthropometric indicators were mostly associated with asthenic type. Emotional and behavioral disorders were observed in 25 (33.3%) patients with tendency to hysterical personality disorder; the rest had mood swing and liability to depression. In less than 60% of patients the severity of endometriosis was significantly related to pelvis pain intensity. The majority of patients were women of asthenic type and with expressed pain syndrome, and hysterical personality disorder according to Beck scale. **Conclusion.** Individual assessment of pain, anthropometric and personal traits in patients together with complex assessment of morphologic and anatomic changes in reproductive organs make it possible to see a real pattern of disease and condition in women with external genital endometriosis, which helps in choice of surgery volume and appropriate medical treatment.

Keywords: external genital endometriosis, endometrioid disease, reproductive health.

References

1. Radzinskiy V.E., Ordiyants I.M., Maslennikova M.N., Pavlova E.A., Kardanova V.V. [Possibilities of Combination Therapy of Uterine Fibroids and Benign Breast Dysplasia]. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and Gynecology], 2013, no. 4, pp. 44–47. (in Russ.)
2. Radzinskiy V.E. (Ed.) *Ginekologiya. Rukovodstvo po prakticheskim zanyatiyam* [Gynecology. On Practical Training Manual]. 3rd ed. Moscow, 2013. 552 p.
3. Damirov M.M., Oleynikova O.N., Mayorov O.V. *Vzglyad praktikuyushchego vracha: monografiya* [Look Practitioner. Monograph]. Moscow, BINOM Publ., 2013. 152 p.
4. Dubossarskaya Z.M. [Differential Tactic of Treatment of Benign Diseases of the Genital Organs, Accompanied by Chronic Pelvic Pain Syndrome]. *Women's Health*, 2012, no. 6 (72), pp. 132–136. (in Russ.)

5. Zhigunova A.K. [New Horizons Gynecological Surgery] *Ukrainskiy meditsinskiy zhurnal* [Ukrainian Medical Journal], 2013, no. 6, pp. 1–4. Available at: <http://www.umj.com.ua/article/69568/novye-gorizonty-ginekologicheskoy-xirurgii>.
6. Gasparov A.S., Burlev V.A., Dorfman M.F., Dubinskaya E.D., Barabanova O.E., Shnayderman M.S. [The Use of Argon Plasma Coagulation in Surgical Treatment of External Genital Endometriosis]. *Vestnik RUDN. Ser. Meditsina. Akusherstvo i ginekologiya* [Bulletin of Peoples' Friendship University, a Series of Medicine. Obstetrics and gynecology], 2012, no. 5, pp. 253–258. (in Russ.)
7. Fedotova L.V., Andreev A.N., Konovalov V.I. [Assessment of Quality of Life in Patients with Hyperplastic Diseases of Genitals Under the Influence of Therapy]. *V Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Farmatsiya i obshchestvennoe zdorov'e"* [V International Scientific-Practical Conference Pharmacy and Public Health], 2012, pp. 398–400. (in Russ.)
8. Kharchenko Yu.A. [Adequate Assessment of Pain – the Key to Successful Treatment]. *Universum: meditsiny i farmakologii: Elektron*. [Universum. Medicine and Pharmacology. Elektron], 2014, pp. 5–10. (in Russ.)
9. Chernyshova I.V., Tarasova I.V., Sandakova E.A. [Alarminglly-Depressivnye Accentuation in the Evaluation of the Quality of Life of Patients with Endometriosis]. *Lechenie i profilaktika* [Treatment and Prevention], 2013, no. 2 (6), pp. 54–58. Available at: http://www.lechprof.ru/catalog/article/original_research/anxietydepressive_accentuation_in_assessing_the_quality_of_life_of_patients_with_genital_endometriosis/?sphrase_id=3332.
10. Endometriosis. Diagnosis, Treatment and Rehabilitation. Federal Guidelines for the Management of Patients. Moscow, 2013, pp. 1–65. Available at: <http://www.ncagip.ru/upload/obrazovanie/16.pdf>
11. Brawn J., Morotti M., Zondervan K.T. Central Changes Associated with Chronic Pelvic Pain and Endometriosis. *Hum. Reprod. Update*, 2014, vol. 20, iss. 5, pp. 737–747. DOI: 10.1093/humupd/dmu025
12. Damirov M.M., Oleinikova O.N., Mayorov O.V. Endometriosis: a View of the Practitioner: Monograph. *BINOM Publ.*, 2013. 152 p.
13. Zhang X.M., Huang X.F., Xu H. Endometriosis: a Consequence of Varying Injuries to Pelvic Autonomic Nerves. *Fertil. Steril.*, 2012, vol. 98, iss. 6, pp. 543–546. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.10.002
14. Vercellini P., Vigano P., Somigliana E. Endometriosis: Pathogenesis and Treatment. *Nat. Rev. Endocrinol.*, 2014, vol. 10, iss. 5, pp. 261–275.
15. Herington J. Immune Interactions in Endometriosis. *Expert Rev. Clin. Immunol.*, 2012, vol. 7 (5), pp. 611–626. DOI: 10.1586/eci.11.53
16. Johnson N. Consensus on Current Management of Endometriosis. *Hum. Reprod.* 2013, vol. 28(6), pp. 1552–1568. DOI: 10.1093/humrep/det050
17. Abbott J., Hawe J., Hunter D. Laparoscopic Excision of Endometriosis a Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Fertil. Steril.*, 2014, vol. 82, pp. 878–884. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.03.046
18. Laschke M.W. Vasculogenesis. A New Piece of the Endometriosis Puzzle. *Hum. Reprod. Update*, 2012, vol. 18, iss. 6, pp. 682–702. DOI: 10.1093/humupd/dms026
19. Neil P.J., Hummelshoj L. For the World. Consensus on Current Management of Endometriosis. Endometriosis Society Montpellier Consortium. *Hum. Reprod.*, 2013, vol. 28, iss. 6, pp. 1552–1568.
20. Koninckx P., Corona R., Timmerman D., Verguts J. Peritoneal Full-Conditioning Reduces Postoperative Adhesions and Pain. A Randomised Controlled Trial in Deep Endometriosis Surgery. *J Ovarian Res.*, 2013, vol. 11, 90 p.
21. Simoens S. The Burden of Endometriosis. Costs and Quality of Life of Women with Endometriosis and Treated in Referral Centres. *Hum. Reprod.*, 2012, vol. 27, pp. 1292–1299. DOI: 10.1093/humrep/des073
22. Taran F.A., Stewart E.A., Brucker S. Adenomyosis: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Phenotype and Surgical and Interventional Alternatives to Hysterectomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.*, 2013, vol. 73, iss. 2, pp. 924–931. DOI: 10.1055/s-0033-1350840
23. Cardozo E.R., Clark A.D., Banks N.K. The Estimated Annual Cost of Uterine Leiomyoma in the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2012, vol. 206, iss. 3, pp. 234–239.
24. Dijk L.J., Nelen W.L., D'Hooghe T.M. The European Society of Human Reproduction and Embryology Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. An Electronic Guideline Implementability Appraisal. *Implement. Sci.*, 2011, vol. 19, iss. 6, p. 7.

25. Treatment of Pelvic Pain Associated with Endometriosis: a Committee Opinion. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. – <http://fertstertforum.com/asrmpraccompelvic-pain-endometriosis/> (Accessed 13 March 2014).

26. Trioloa O., Laganà S., Sturlese E. Chronic Pelvic Pain in Endometriosis. *J. Clin. Med. Res.*, 2013, vol. 5, iss. 3, pp. 153–163.

27. Verit F.F., Yucel O. Endometriosis, Leiomyoma and Adenomyosis: the Risk of Gynecologic Malignancy. *Asian Pac. J. Cancer. Prev.*, 2013, vol. 14, iss. 10, pp. 5589–5597. DOI: 10.7314/APJCP.2013.14.10.5589

28. Wang Y., Qu Y., Song W. Genetic Variation in COX-2-1195 and the Risk of Endometriosis and Adenomyosis. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, 2015, vol. 42, iss. 2, pp. 168–172.

29. Nnoaham K.E., Hummelshoj L., Kennedy S.H. World Endometriosis Research Foundation Women is Health Symptom Survey Consortium. Developing Symptom-Based Predictive Models of Endometriosis as a Clinical Screening Tool. Result From a Multicenter Study. *Fertil. Steril.*, 2012, vol. 98, iss. 3, pp. 692–701. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.04.022

Received 29 October 2016

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения / Я.Р. Закирова, Э.И. Бабаева, М.Р. Оразов, Д.Г. Арютин // Человек. Спорт. Медицина. – 2016. – Т. 16, № 4. – С. 32–42. DOI: 10.14529/hsm160404

FOR CITATION

Zakirova Y.R., Babaeva E.I., Orazov M.R., Aryutin D.G. Complex Assessment of Reproductive Health in Patients with External Genital Endometriosis after Surgery. *Human. Sport. Medicine*, 2016, vol. 16, no. 4, pp. 32–42. (in Russ.) DOI: 10.14529/hsm160404