

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2011 • Том 5 • № 3

**Клинические особенности наружного
генитального эндометриоза**

**Итоги XII Всероссийского научного
форума «Мать и Дитя»**

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gyn.ru> Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: info@irbis-1.ru
Copyright © 2011 Издательство ИРБИС

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Логинова О.Н., Сонова М.М.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФППОВ
Московского государственного медико-стоматологического университета

Резюме: проводилось изучение клинических особенностей 115 женщин с наружным генитальным эндометриозом различной степени (I-IV) тяжести. Полученные данные свидетельствуют о том, что при наружном генитальном эндометриозе имеют место заболевания многих систем органов, низкий индекс здоровья обследуемых женщин, что является неблагоприятным фоном, на котором развивается патологический процесс или заболевание. У большинства женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом, выражен воспалительный процесс в матке или придатках, что создает дополнительный «благоприятный» фон для развития наружного эндометриоза.

Ключевые слова: эндометриоз, клинические особенности, низкий индекс здоровья, воспалительный процесс.

Наружный генитальный эндометриоз является одной из наиболее загадочных и нерешенных проблем современной гинекологии. Заболевание прочно удерживает одно из лидирующих мест как в структуре гинекологической патологии, так и в структуре женского бесплодия. Несмотря на многолетние клинические и экспериментальные исследования эндометриоза, достоверных сведений об этиологии и патогенезе заболевания известно достаточно мало. Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что эта патология встречается в любом возрасте независимо от этнической расы и социально-экономических особенностей (Адамян Л.В. с соавт., 2006; Баскаков В.П., 2000; Стрижаков А.Н. с соавт., 2001; Barlow D., 1999; Kopinckx P.R. с соавт., 2002; Perloe M., 2001). Проблема лечения наружного генитального эндометриоза остается актуальной в связи с ростом его частоты и наличием клинических форм, не поддающимся современным видам консервативной терапии.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей наружного генитального эндометриоза различной степени активности.

Методы обследования

Нами проведен сравнительный анализ клинического течения, длительности заболевания, состояния репродуктивной системы, возраста больных у 115 женщин с наружным генитальным эндометриозом различной степени (I-IV) тяжести. Степень тяжести определялась согласно классификации Американского Общества Фертильности (Revised American Fertility Society score, R-AFS). Диагноз заболевания верифицирован на основании эндоскопических данных и результатов гистологического исследования операционного материала. В контрольную группу вошли 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Полное клиничко-лабораторное обследование больных включало клиничко-анамнестическое, гормональное, ультразвуковое, рентгенологическое, эндоскопическое обследование. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием прикладной программы Statistica 6.0 (StatSoft, Inc, США). Использовали методику сравнения групп по качественному бинарному признаку (χ^2 с поправкой Йетса). Статистический анализ полученных результатов проводился с применением Т-критерия Вилкоксона, U-критерия Манна-Уитни и параметрического дисперсионного анализа вариаций (ANOVA).

Результаты исследования

Полученные данные показали, что возраст больных колебался от 22 до 56 лет; средний возраст составил 37 ± 2 лет.

Частота и характер основных жалоб, предъявляемых пациентками, представлены в таблице 1.

Наиболее частой жалобой были боли при менструации – у 100 (86,95%) женщин. Также частыми жалобами больных были меноррагия – у 52 женщин (45,21%) и болевой синдром постоянного характера – у 50 женщин (43,47%). Практически все больные отмечали усиление болевого синдрома с течением времени. Боли постоянного характера отмечали 50 (43,47%) женщин, а периодического 28 (24,34%) женщин. Степень болевого синдрома определялась с помощью предложенной Mac Lavery C., Shaw P. (1995) системы для оценки выраженности болей и

Жалобы	Всего в группе НГЭ, n (%)
боли постоянного характера	50 (43,47%)
боли при половых контактах	16 (13,91%)
боли во время дефекации	1 (0,86%)
боли периодического характера, не связанные с менструацией	28 (24,34%)
боли во время менструации	100 (86,95%)
короткий цикл	21 (18,26%)
меноррагия	52 (45,21%)
менометроррагия	20 (17,39%)
пре- и постменструальные выделения	19 (16,52%)
отечность	8 (6,95%)
нарушение мочеиспускания	3 (2,60%)
запоры	6 (5,21%)
бесплодие первичное	32 (27,82%)
бесплодие вторичное	15 (13,04%)

Таблица 1. Жалобы, предъявляемые больными наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

дисменореи (Адамян Л.В., 2006). Боль интенсивностью 1-3 балла определялась как слабая, 4-6 баллов – умеренная и 7-9 баллов – сильная. Более половины женщин (71 (61,74%) женщина) – отмечали болевой синдром при менструации, причем каждая третья женщина (36 (31,30%) женщин) жаловалась на боли сильной степени, каждая пятая (21 (18,26%) женщина) – умеренной степени. И только 15 (13,04%) женщин отмечали незначительную болезненность при менструации. Почти каждая вторая женщина (47 (40,86%) женщин) страдала бесплодием, из них 32 (27,82%) женщины страдали первичным и 15 женщин (13,04%) – вторичным бесплодием. Каждая пятая пациентка жаловалась на короткий цикл (21 (18,26%) женщина), а также на нарушения менструального цикла – менометроррагию (20 (17,39%) женщин) и на выделения из половых путей до и после менструации (20 (17,39%) женщин).

Изучение семейного анамнеза показало, что 30 (26,08%) больных НГЭ имели отягощенную наследственность в виде опухолей экстрагенитальной локализации (ЖКТ, легкие, почки, кости), 12 (10,43%) пациенток имели миому матки, 1 женщина (0,8%) – эндокринопатию (сахарный диабет) и 9 женщин (7,82%) – гиперпластические процессы молочных желез.

Нормальные показатели индекса массы тела (ИМТ) наблюдались у 88 (76,52%) женщин, 14 (12,17%) женщин имели повышенную массу тела (ИМТ 26-30), и 13 (11,30%) женщин имели массу тела меньше нормы (ИМТ до 26).

Обращает внимание, что 39 (33,91%) обследованных больных НГЭ были темноволосые, 51 (44,34%) – вели активный образ жизни.

Распределение по профессиям в группе больных НГЭ представлено следующим образом: бухгалтеры – 43 (37,39%), медицинские работники (врачи, медсестры) – 33 (28,69%), инженеры – 33 (28,69%), прочие

специальности – 6 (5,21%) пациенток. 71 (61,73%) из обследуемых женщин имели нормальную конституцию.

Для обследованных больных характерна высокая частота инфекционных заболеваний в детском и пубертатном возрасте: у больных НГЭ отмечается высокая частота инфекционных заболеваний (более 3 инфекционных заболеваний в детстве на 1 девочку). Около половины обследуемых женщин в детском и подростковом периоде подвергались респираторным заболеваниям (54 (46,95%) женщины), 46 (40%) женщин были подвержены гриппу, 31 (26,95%) – переболели краснухой. Каждая пятая женщина в детстве перенесла ветряную оспу (23%), хронический тонзиллит перенесли 19 женщин (16,52%) и корь – 20 (17,39%) пациенток. Хронические воспаления носоглотки были настолько частыми и тяжелыми, что 6,95% девочкам произведена тонзилэктомия. 19 больным (16,52%) произведена аппендэктомия. Ослабление общих и местных реакций вследствие этих заболеваний могло вызвать инфицирование гениталий патогенной флорой или активизировать условно-патогенную флору, а хроническая тонзиллогенная инфекция способствовала развитию «гипоталамо-тонзиллярного синдрома», проявляющегося различными нарушениями в репродуктивной системе, на что указывают многие исследователи (Кокolina В.Ф., 1998; Ткаченко Л.В., 2000; Антипина Н.Н., 2004; Евсеева М.М., 2008).

Анализ характера репродуктивной функции у больных НГЭ свидетельствует о ее нарушении у многих из них. Период полового созревания характеризовался своевременным менархе у 92 (78%) женщин. Средний возраст наступления менархе составил 13,2±0,26 года. Раннее становление менструальной функции выявлено у 11 (10%) женщин, позднее наступление менархе наблюдалось у 12 (10,03%) пациенток. Менструации установились сразу только у 35% женщин, у 65% женщин отмечено позднее установление менструального цикла с момента менархе (1,5-2 года), что может свидетельствовать о функциональной неполноценности механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего в системе гипоталамус-гипофиз-яичники уже в период становления и созревания репродуктивной системы.

На момент обследования у 110 (96%) участвующих в исследовании характеризовали менструальный цикл как регулярный длительностью 27,6±0,83 дня с колебаниями от 21 до 35 дней. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи имело место у 5 (4%) больных. Длительность менструального кровотечения не превышала 7 дней у всех обследованных женщин и оставалась в среднем 5,12±0,27 дня.

Среднее количество беременностей на одну женщину составило 3,0±1,1; физиологические роды имели 12 (10,43%) женщин. Медицинские аборт в анамнезе отмечали 38 (33,04%) женщин. Среднее количество абортов составило 3,16±0,5, самопроиз-

вольные выкидыши наблюдались у 11 (9,56%) женщин. Бесплодием страдали 47 (40,86%) женщин, причем первичным бесплодием 32 (27,82%), вторичным 15 (13,04%) пациенток. У 8 (6,95%) больных наружным эндометриозом бесплодие наступило после искусственного прерывания беременности, которое осложнилось воспалением матки или придатков, или после родов, осложнившихся кровотечением с последующим ручным обследованием полости матки. Эти данные свидетельствуют о наличии воспалительного процесса в матке или придатках, что создает дополнительный «благоприятный» фон для развития наружного эндометриоза. Наши данные совпадают с таковыми в исследованиях Адамян Л.В. с соавт., 2006; Гаспарян С.А., 2002; Стрижакова А.Н., 1996; Agarwal A., 2006.

Также выявлен высокий уровень патологии шейки матки – у каждой третьей больной (у 31 (26,95%) женщины) наблюдались цервициты и полипы, деформации – у 42 (36,52%) женщин и эрозии шейки матки – у 44 (38,26%) пациенток. И каждая третья женщина (35 (30,43%) женщин) страдала мастопатией, Это еще раз доказывает мнение об измененном гормональном и иммунном статусе у женщин с НГЭ и согласуется с данными литературы (Адамян Л.В. с соавт., 2006; Сидорова И.С., 2006).

Структура гинекологической заболеваемости у обследуемой группы представлена на таблице 2.

Гинекологические заболевания		Всего в группе НГЭ, n (%)
аднекситы	хламидии	7 (6,08%)
	герпес	3 (2,61%)
	венерические	5 (4,34%)
	др.	63 (54,78%)
гиперпластические процессы эндометрия	гиперплазия	22 (19,13%)
	полип	11 (9,56%)
патология шейки матки	цервициты, полипы	31 (26,95%)
	деформация	42 (36,52%)
	эрозии	44 (38,26%)
	др.	2 (1,74%)
кисты яичников		13 (11,30%)
опущения		11 (9,56%)
мастопатия		35 (30,43%)

Таблица 2. Перенесенные гинекологические заболевания у больных наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

Обращает на себя внимание высокая доля наличия воспаления придатков матки (у 78 (67,82%) женщин). Следовательно, у обследованных женщин часто встречались нарушения менструального цикла, как в период его становления, так и в момент обследования; снижение генеративной функции и специфические, характерные для наружного эндометриоза, клинические проявления.

Различными методами контрацепции пользовались всего 40 (34,78%) обследуемых женщин. 10 (8,69%) женщин использовали комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и 9 (7,82%) – барьерный метод. Значительно чаще использовался метод ВМК (21 (18,26%) женщина). Причем, по данным опроса 93 (80,87%) женщины живут половой жизнью, а 50 (43,47%) из них – регулярной половой жизнью.

Более чем у половины больных с наружным эндометриозом наблюдались заболевания, обусловленные нарушением нейрогуморальной регуляции: дискинезия желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, нейроциркуляторная дистония (45% больных), которая протекала чаще по гипертоническому типу. На момент оперативного вмешательства обострения хронических экстрагенитальных заболеваний не отмечалось. Известно, что метаболизм стероидных гормонов и белково-гормональных компонентов происходит в гепатоцитах. Возможно, что замедление метаболизма биологически активных веществ и гормонов, обусловленное хроническими заболеваниями пищеварительной системы, провоцирует их активирующее влияние на органы мишени с последующим накоплением в циркулирующей крови гистамина, простагландинов и недоокисленных продуктов распада белковых соединений. Относящиеся к настоящему заболеванию нарушения самочувствия, вынудившие больных обратиться за медицинской помощью, сводились к следующим жалобам: боль внизу живота и в области поясницы, значительное усиление болей во время полового акта и в период менструаций, различные нарушения менструального цикла, отсутствие беременностей.

Наиболее часто в анамнезе женщин имела место патология желудочно-кишечного тракта – гастрит, панкреатит, желчнокаменная болезнь и холецистит – у 66 (57,34%), 23 (20%) и 17 (14,78%) женщин, соответственно. Вторыми по частоте встречаемости были заболевания сердечно-сосудистой системы: 52 (45,21%) пациентки страдали артериальной гипертензией (АГ). У 61 (53,04%) женщины отмечено нарушение сердечной проводимости. Эти данные согласуются с общепопуляционными, согласно которым заболевания сердечно-сосудистой системы стоят на первом месте среди сопутствующей патологии и среди причин смертности населения. Патология мочевыделительной системы в виде мочекаменной болезни и пиелонефрита в анамнезе наблюдалась у 4 (3,47%) и 8 (6,95%) женщин в основной группе. В несколько меньшем проценте случаев встречалась патология дыхательной системы: бронхиальная астма у 1 (0,08%) и перенесенная пневмония – также у 1 (0,08%) женщины. Заболевания щитовидной железы отмечали 17 (14,78%) пациенток. Варикозной болезнью нижних конечностей страдали 8 (6,95%) пациенток.

Распределение перенесенных соматических заболеваний представлено на таблице 3.

В анамнезе у 13 (11,30%) больных были отмечены резекция или удаление яичника по поводу эндомет-

Перенесенные соматические заболевания		Всего в группе НГЭ, n (%)
ЖКТ	желчнокаменная болезнь, холециститы, дискинезии	17 (14,78%)
	гепатиты	7 (6,08%)
	язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	4 (3,47%)
	панкреатит	23 (20%)
	гастриты	66 (57,39%)
	другие	4 (3,47%)
почек	мочекаменная болезнь	4 (3,47%)
	Пиелонефрит	8 (6,95%)
варикозная болезнь нижних конечностей		8 (6,95%)
легкие	бронхиальная астма	1 (0,08%)
	другое	1 (0,08%)
	пневмония	1 (0,08%)
сердце	миокардит	1 (0,08%)
	ишемическая болезнь сердца	4 (3,47%)
	пролапс митрального клапана и др. пороки	1 (0,08%)
	нарушения ритма	6 (5%)
	на ЭКГ – нарушения проводимости	61 (53,04%)
	артериальная гипертензия	52 (45,21%)
патология щитовидной железы		17 (14,78%)
сахарный диабет		3 (2,61%)
грыжи		5 (4,34%)
миопия		17 (14,78%)

Таблица 3. Перенесенные соматические заболевания у больных наружным генитальным эндометриозом (НГЭ).

риоидной кисты, у 10 (8,69%), женщин – апоплексии или перекрута ножки кисты. До поступления на оперативное лечение 78 (67,82%) пациенток получали длительно гормональную терапию (антигондотропины, агонисты ГнРГ, синтетические прогестины с гестагенами). Однако это не избавило их от последующего оперативного лечения. По данным различных авторов, частота рецидивов наружного эндометриоза колеблется от 20 до 50% (Адамян Л.В. с соавт., 2006; Пазычев А.А., 1996; Agarwal A., 2006; Barlow с соавт., 1995). Приведенные данные свидетельствуют о том, что только гормональное лечение эндометриоза различной степени тяжести является малоэффективным, т.к. у всех больных заболевание в конечном итоге прогрессировало и всем больным потребовалось хирургическое вмешательство. Мнения различных авторов на назначение дооперационного лечения гормональными препаратами неоднозначно: одни (Silverberg K.M., 1992) свидетельствуют о необходимости проведения такой предоперационной подготовки, аргументируя это тем, что сокращение тканей вокруг эндометриоза и их склерозирование позволяет снизить интраоперационную кровопотерю, а также снизить объем повреждения тканей во время операции. Другие исследователи (Гаспарян С.А., 2002; Evers J.L.H.,

Dunselman G.A.J., Land с соавт., 1990) считают проведение гормональной дооперационной подготовки нецелесообразной, т.к. это может привести к тому, что очаги эндометриоза будут невидимыми. Это, в свою очередь, увеличит риск прогрессирования заболевания и позволит активироваться очагам после операции при возобновлении функции яичников. Обращает внимание неэффективность только гормонального лечения наружного эндометриоза, что отражалось на здоровье и качестве жизни больных до оперативного лечения.

В настоящее время исследование опухолевых маркеров сыворотки крови является одним из дополнительных методов диагностики наличия эндометриодных гетеротопий (Адамян Л.В. с соавт., 2006; Андреева Е.Н., 1997). Анализ полученных результатов показал увеличение значений ракового антигена 125 (Cancer Antigen 125, CA125). Среднее значение содержания CA125 в сыворотке крови составило 37,4±4,45 Ед/мл. Уровень CA125 достоверно коррелировал со степенью тяжести процесса, жалобами на болезненные менструации, перенесенными воспалительными заболеваниями придатков матки, наследственной отягощенностью по заболеванию раком матки, что совпадает с данными других авторов (Адамян Л.В. с соавт., 2006; Гаспарян С.А., 2002; Андреева Е.Н., 1997). Показатели других исследованных онкомаркеров – раково-эмбрионального антигена (РЭА); ракового антигена 19-9 (Cancer Antigen 19-9, CA19-9) – находились в пределах нормы. Таким образом, для более точного предоперационного обследования больным с наружным эндометриозом целесообразно использование опухолевых маркеров CA125, РЭА, CA19-9 для дифференциальной диагностики злокачественных заболеваний яичника и кишечника.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. При наружном генитальном эндометриозе имеют место заболевания многих систем органов и низкий индекс здоровья обследуемых женщин, что является неблагоприятным фоном, на котором развивается патологический процесс или заболевание.
2. У большинства женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом, выражен воспалительный процесс в матке или придатках, что создает дополнительный «благоприятный» фон для развития наружного эндометриоза.
3. У обследованных женщин часто встречаются нарушения менструального цикла как в период его становления, так и в момент обследования; снижение генеративной функции; имеют место бесплодие и специфические, характерные для наружного эндометриоза клинические проявления.

Работа выполнена при поддержке Гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук (Конкурс – МК-3361.2011.7).

Литература

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. Монография. Ставрополь. СГМА. 2004. – С. 228.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. // Москва. «Медицина». – 1998. – с.365.
3. Адамян Л.В., Кулаков И.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 416с.: ил.
4. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных. // Дисс. ... докт.мед.наук. – М., 1997. – 333с.
5. Бобкова М.В. Клинико-морфологические особенности наружного генитального эндометриоза: Дис. ... канд. мед. Наук. – М., 1995. – 174с.
6. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты: Дис...д.м.н. – Москва. – 2002.
7. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. – // М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002.– 104 с.
8. Стрижаков А.Н., Адамян Л.В. Современные принципы диагностики и лечения генитального эндометриоза. // Акуш. и гин. – 1980. – №3. – с.57-60.
9. Стрижаков А.Н. Качество жизни больных с наружным генитальным эндометриозом и синдромом хронической тазовой боли при применении гормональной терапии: проблемы и перспектива изучения / А.Н. Стрижаков, Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова //Вестник рос. Ассоц. Акуш. и гин. – 2000. – №1. – С.86-90.
10. Agarwal A., Gupta S., K Sharma R. Role of oxidative stress in female reproduction // Reprod Biol Endocrinol. 2005; 3; 28.
11. Agarwal A., Gupta S., Krajcir N. Role of oxidative stress in endometriosis // Reproductive BioMedicine Online, Volume 13, Number 1, July 2006 , pp. 126-13 Bedaiwy M.A., Falcone T. Laboratory testing for endometriosis // Clin. Chim. Acta. – 2004. – Vol. 340, № 1-2. – P. 41-56.
12. Cao X, Yang D, Song M et al. 2004 The presence of endometrial cells in the peritoneal cavity enhances monocyte recruitment and induces inflammatory cytokines in mice: implications for endometriosis. Fertility and Sterility 82 (Suppl. 3), 999–1007.
13. Liu D.T.Y., Hitchcock A. Endometriosis: its association with retrograde menstruation, dysmenorrhoea and tubal pathology. // Br. J. Obstetr. Gynecol. – 1986. – Vol.93. – P.859-862
14. Nothnick W.B. Novel targets for the treatment of endometriosis // Expert Opin Ther Targets. – 2004. – Vol. – 8, № 5. – P. 459-471.
15. Scarselli G, Rizzello F, Cammilli F et al. 2005 Diagnosis and treatment of endometriosis. A review. Minerva Ginecologica 57, 55-78.
16. Schmidt C. Endometriosis: Pathogenesis and Treatment. // Fertil. Steril. – 1990. – Vol.53. – №3. – P.407-410.

CLINICAL PECULIARITIES OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Loginova O.N., Sonova M.M.

Chair of reproductive medicine and surgery, faculty of postgraduate education, Moscow state medical-stomatological University

Abstract: we studied the clinical peculiarities of 115 women with external genital endometriosis of different heavy degree (I-IV). Woman with external genital endometriosis suffer from different diseases, they have low healthy index, that is the cause of unfavorable background for development pathological process or disease. Majority of woman with external genital endometriosis suffer from inflammatory process in uterus and tubes that gives additional unfavorable condition for development external genital endometriosis.

Key words: endometriosis, clinical peculiarities, low healthy index, inflammatory process.