

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Л. К. БАРСЕГЯН, М. Р. ОРАЗОВ, Э. С. ТОКАЕВА

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Сведения об авторах:

Барсегян Лилиит Корюновна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, отрасль специализации - акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: lilianna_91@mail.ru
Оразов Мекан Рахимбердыевич – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: omekan@mail.ru
Токаева Эльвира Сериковна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, отрасль специализации - акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail:tokaeva.e@yandex.ru

Тазовая боль обусловленная эндометриозом на сегодняшний день является одной из часто обсуждаемых и актуальных проблем современной гинекологии. Несмотря на многовековое изучение данной проблемы до сих пор факторы риска, модулирующие тазовую боль изучены недостаточно. Поэтому целью настоящей работы явилось изучение факторов риска развития эндометриоз-ассоциированной тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. В исследование включено 100 женщин с эндометриозом. Результаты исследования продемонстрировали взаимосвязь между отягощенным акушерско-гинекологическим, репродуктивным анамнезом и выраженностью тазовой боли обусловленной эндометриозом.

Ключевые слова: эндометриоз; эндометриоз-ассоциированная боль; тазовая боль; факторы риска; репродуктивный возраст.

Актуальность темы

По последним данным ВОЗ, каждая 10-я женщина репродуктивного возраста во всем мире страдает эндометриозом. В России в структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает третье место [1]. Эпидемиологические исследования в США показали, что, по самым скромным подсчетам, показатель его распространенности среди женской популяции в возрасте 15–49 лет составляет 10% [ACOG Updates Guideline, 2011].

Несмотря на частую встречаемость эндометриоза у женщин репродуктивного возраста и высокое экономическое бремя заболевания, возможные модифицируемые факторы риска изучены недостаточно и во многом сходны с таковыми для ХТБ, а именно: обильные и длительные менструальные кровотечения, нерегулярный менструальный цикл, поздний возраст первой беременности и др. По данным крупного проспективного исследования здоровья медсестер II (Nurses' Health Study II), женщины с низким индексом массы тела характеризуются более высоким риском развития эндометриоза, чем женщины с ожирением [5]. Это согласуется с данными эпидемиологических исследований, показавших, что более низкие значения индекса массы тела и соотношения окружности талии и окружности бедер коррелируют с повышением риска эндометриоза. Кроме того, результаты нового систематического обзора и метаанализа свидетельствуют о наличии достоверной корреляции между чрезмерным потреблением алкоголя и риском развития эндометриоза [4]. Эту взаимосвязь можно объяснить сочетанным неблагоприятным влиянием алкоголя на эндокринные и иммунные механизмы. Полагают, что редкое (одномоментное)

потребление алкоголя уменьшает воспалительные и иммунные реакции, тогда как хроническое злоупотребление приводит к противоположным эффектам, усиливая образование воспалительных цитокинов и пролиферацию/активацию лимфоцитов.

Цель: изучение факторов риска, обуславливающих развитие эндометриоз-ассоциированной тазовой боли у женщин с эндометриозом репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Дизайн исследования ретроспективный, проспективный, экспериментальное изучение. В исследование включено 100 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составило 60 женщин с тазовой болью, ассоциированной с эндометриозом, группу контроля составило 40 женщин с эндометриозом без болевого синдрома. Верификация диагноза эндометриоз в обеих группах было подтверждена морфологическим исследованием. Пациентки обеих групп перенесли хирургические вмешательства в том или ином объеме по поводу эндометриоза. Методы исследования включали изучение клинико-анамнестического статуса, репродуктивного анамнеза, перенесенных заболеваний, оперативных вмешательств и некоторых показателей качества жизни, статистическая обработка, критерии включения и исключения.

Средний возраст пациенток составил 35±3,3 года. Критерии включения эндометриоз-ассоциированной тазовой боли. Критерии исключения иные гинекологические и негинекологические причины тазовой боли.

Статистическую обработку данных производили на персональном компьютере с использованием пакета программ Biostatistics (версия 4.03) для Windows. Вычисляли

среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней арифметической (m). Различия между группами устанавливали с учетом t-критерия Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты:

В результате анализа гинекологического анамнеза среди женщин основной группы возраст становления менархе ранним оказался у 45 (n=45) женщин, что составило 75% ($p < 0,05$) от всех женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью, позднее менархе в этой группе наблюдалось в 12 (n=12) случаях, что составило 20% ($p < 0,05$) и своевременное наступление менархе в данной группе составило соответственно 5% ($p < 0,05$) в трех случаях (n=3). Если анализировать данный аспект в отношении всей группы исследуемых пациенток выявлено раннее наступление менархе наблюдалось у 70 (n=70) женщин (70%, $p < 0,05$), позднее менархе в 22 (n=22) случаях (22%, $p < 0,05$) и наконец своевременное наступление менархе в 8 (n=8) случаях (8%, $p < 0,05$). Данные результаты совпадают с исследованиями разных авторов, подтверждая, что раннее менархе с укороченным циклом, длительными и обильными менструациями и следовательно, большей экспозицией полости матки и малого таза ретроградной менструальной кровью, является фактором риска эндометриоза любой локализации, в том числе фактором для усиления тазовой боли [2,3].

В структуре нарушений менструального цикла больные с дисменореей составили 100% ($p < 0,05$), с гиперполименореей 83% случаев ($p < 0,05$), с перименструальными кровянистыми выделениями 93% ($p < 0,05$). В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) пациентки основной группы подразделились на три подгруппы: 1-я подгруппа (n=20) – с слабовыраженным болевым синдромом; 2-я подгруппа (n=25) – с умеренно выраженным болевым синдромом; 3-я подгруппа (n=15) – с резко выраженным болевым синдромом. Также была замечена прямая корреляция между нарушением менструального цикла и выраженностью болевого синдрома ($p < 0,05$). По данным Стрижакова А.Н. и Agarwal A и соавт выявленные результаты свидетельствуют о неполноценности механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего на уровне гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [5,6].

Особое внимание нужно обратить на то, что анализируя репродуктивный анамнез данных пациенток было выявлено то, что большинство женщин в анамнезе имели многократные аборты (3 аборта 45%, 4 аборта у 20%, 7 абортов в 5% случаев). Между тем хочется отметить, что анализируя структуру гинекологических заболеваний, которые перенесли участницы исследования, в большинстве случаев это воспалительные заболевания матки и ее придатков, лидирующую позицию которых составил хронический эндометрит и хронический сальпингоофорит. Данные обстоятельства создают благоприятные условия для инвазии и роста эндометриальных клеток в полости малого таза [2, 3, 6].

Изучение данных, характеризующих фертильность у исследуемых женщин: количество родов, возраст наступления

первой беременности и первых родов, было выявлено, что у данного контингент женщин в основном страдает от вторичного бесплодия (78%, $p < 0,05$) женщин (n=78) и основную часть этой когорты составляют женщины с резко выраженным болевым синдромом. Интересно было выяснить, что возраст наступления первой беременности у данного контингента составила до 29 лет в 35% случаев (n=35) и старше 29 лет в 65% случаев (n=65). Согласно литературным данным частота бесплодия у женщин с эндометриозом колеблется от 25 до 60% [1,4,5].

Также была выявлена подверженность женщин с эндометриозом к хроническим заболеваниям и выявлена взаимосвязь между степенью выраженности болевого синдрома и морфо-конституциональными особенностями исследуемых женщин. С астеническим телосложением в основной группе было 55% ($p < 0,05$) женщин (n=55), в группе контроля 25% (n=25, $p < 0,05$) (от общего числа пациентов 80% (n=80, $p < 0,05$), остальные женщины относились к нормостеническим морфофункциональной конституции. Полученные данные коррелируют с данными литературы, которые свидетельствуют о том, что среди женщин с астеническим телосложением более часто встречается эндометриоз-ассоциированный болевой синдром в умеренной или резко выраженной степени [5, 7, 9].

Заключение

Таким образом изложенные данные свидетельствуют о том, чтоотягощающий акушерско-гинекологический, репродуктивный анамнез, проявляющийся низким уровнем гинекологического здоровья, длительно текущие воспалительные заболевания органов малого таза, оперативные вмешательства, морфо-конституциональные особенности являются предрасполагающими факторами риска для возникновения и усиления выраженного тазового болевого синдрома, ассоциированного с эндометриозом.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных // Е. Н. Андреева; И. А. Аполихина, В.Ф. Беженарь, М.А. Геворкян, А.И. Гус, В.Н. Демидов, Е.А. Калинина, С.А. Леваков, Л.А. Марченко, А.А. Попов, М.М. Сонова, А.З. Хашукоева, Г.Е. Чернуха, Е.Л. Яроцкая. – Москва 2013
2. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение: монография/ Ищенко А.И., Кудрина Е.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа 2010 – 104с
3. Оразов М.Р. Купирование хронической тазовой боли, обусловленной аденомиозом, прогестагенами ового поколения /М.Р.Оразов, А.В. Чайка, Е.Н. Носенко// Акушерство, гинекология, репродукция.- 2014.- Т.8№ 3 – С.6-10
4. Parazzini F, Cipriani S, Bravi F, et al. A meta-analysis on alcohol consumption and risk of endometriosis. Am J Obstet Gynecol 2013;209:106:1-10
5. Shah DK, Correia KF, Vitonis AF, Missmer SA. Body size and endometriosis: results from 20 years of follow-up within the Nurses' Health Study II prospective cohort. Hum Reprod 2013 Jul;28(7):1783-92
6. Agarwal N. Efficacy of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in uterine leiomyoma. Int J Gynaecol Obstet 2012 Jan;116(1):35-8. Kumbak B, Oral E, Bukulmez O. Female obesity and assisted reproductive technologies. Semin Reprod Med. 2012 Dec;30(6):507-16

RISK FACTORS OF ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN

L. K. BARSEGYAN, M. R. ORAZOV, E. S. TOKAYEVA

Federal State Autonomous educational institution Russian University of friendship of peoples, Moscow

Information about the authors:

Barsegyan Lilith Koryunovna – MD. Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: lilianna_91@mail.ru

Orazov Mekan Rakhimberdyevich – Doctor of Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: omekan@mail.ru

Tokayeva Elvira Serikovna – MD. Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: tokaeva.e@yandex.ru

Pelvic pain caused by endometriosis is one of the most often discussed and urgent issues of modern gynecology. Despite centuries of studying this problem, still the risk factors modulating pelvic pain are studied insufficiently. There fore the purpose of this work was to study the risk factors of the development of endometriosis-associated pelvic pain in women of reproductive age. The research included 100 women with endometriosis. Results of the research showed interrelation between complicated obstetric/gynecologic, reproductive anamnesis and expressiveness of the pelvic pain caused by endometriosis.

Key words: endometriosis; endometriosis-associated pain; pelvic pain; risk factor; reproductive age.