

Результаты исследования характера болевого синдрома у женщин с наружным генитальным эндометриозом

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

Jesedova A.Je., Ahmedova M.N., Idrisova M.A., Abusueva Z.A.

The results of the study of pain in women with external genital endometriosis

Резюме

Обследовано 90 женщин репродуктивного возраста, из которых 70 женщин с болевым синдромом различной степени тяжести на фоне наружного генитального эндометриоза, с целью выявления особенности болевой симптоматики. Изучены социально-демографические показатели, разработана анкета болевых ощущений в зависимости от характера боли и выраженности сопутствующих симптомов. По результатам исследования выявлено, что интенсивность болевого синдрома не имела корреляционную связь с локализацией процесса, наличия или отсутствия инфильтративного роста эндометриоза, от количества эндометриозных очагов поражения, а также интенсивность болевого синдрома не связана с длительностью боли. Но длительность болевого синдрома связана со степенью распространенности наружного генитального эндометриоза средней силы корреляционной достоверной связью ($r=0,33$; $p<0,001$). Вывод: Болевой синдром при наружном генитальном эндометриозе связан не только с самим патологическим процессом, но и с морфологическими изменениями структур, степенью распространенности очагового процесса, формируя непосредственно субстрат боли.

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

Summary

90 women of reproductive age, including 70 women with pain syndrome of varying severity in external genital endometriosis, were examined to identify the features of pain symptoms. Studied socio-demographic indicators, developed a questionnaire of pain, depending on the nature of pain and the severity of associated symptoms. The results of the study revealed that the intensity of the pain syndrome had no correlation with the localization of the process, the presence or absence of infiltrative growth of endometriosis, the number of endometrioid lesions, and the intensity of the pain syndrome is not related to the duration of the pain. But the duration of the pain syndrome is associated with the degree of prevalence of medium-strength external genital endometriosis correlation significant relationship ($r=0.33$; $p<0.001$). Conclusion: Pain syndrome in external genital endometriosis is associated not only with the pathological process itself, but also with morphological changes in structures, the degree of prevalence of the focal process, forming directly the substrate of pain.

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

Введение

Как известно, к наиболее распространенным заболеваниям в гинекологии относят эндометриоз, это третье место после воспалительных процессов органов малого таза и миомы матки [1]. Ведущим признаком наружного генитального эндометриоза (НГЭ) служит болевой синдром (БС) [2]. Распространенность БС, связанного с НГЭ, по данным различных авторов, составляет 26-90% [3,4]. Страх связанный с ожиданием боли может представлять очень серьезную проблему при эндометриозе. Именно

боль, ассоциированная с НГЭ, оказывает огромное влияние как на качество жизни женщин и медицинское обслуживание, так и в целом на общество. Патогенез НГЭ до настоящего времени остается предметом исследования, и в частности это касается тазовых болей. Изучение данного вопроса крайне важно с целью разработки патогенетических методов лечения НГЭ, и в особенности болей, связанных с ним [7,8,9], так как по данным литературы, БС при НГЭ ежегодно становится причиной потери несколько миллионов рабочих дней, и его лечение обхо-

дится системе здравоохранения от 18 до 22 миллиардов долларов в год [5,6].

При НГЭ физические изменения могут быть расценены как главная причина боли, в то время как при других состояниях боль бывает связана с эмоциональными и психосоциальными факторами и при этом всегда приводит к значимому снижению качества жизни. 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 общее благополучие женщин [10].

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 сопровождаться реализацией их нежелательных эффектов [11].

Изучение факторов, способствующих развитию и хронизации боли, особенностей клинической картины БС, анализ функциональных расстройств, наряду с исследованием морфологических предпосылок развития боли, позволит расширить представления о патогенетических механизмах хронического БС при НГЭ и наметить пути преодоления данного недуга.

Цель исследования: выявить особенности болевой симптоматики у женщин с НГЭ.

Материал и методы

В настоящее исследование было включено 90 женщин репродуктивного возраста, находившихся на лечении 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 в зависимости от наличия и/или отсутствия БС: 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 $30,75 \pm 5,45$ лет, в группе контроля – $32,36 \pm 7,05$ лет, статистически значимых различий в обеих группах по возрасту не выявлено.

Все пациентки дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Протокол №4 от 18 января 2018 г.).

На каждую пациентку заполнялась «индивидуальная карта больного» и была разработана анкета болевых ощущений в зависимости от характера боли и выраженности сопутствующих симптомов, учитывалась локализация, длительность, интенсивность, периодичность, субъективность боли, связь с менструациями или половым контактом, влияние боли на социальное функционирование.

По методике субъективной оценки боли – Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) (Huskisson E.C., 1974) оценивалась интенсивность боли в баллах (от 0 до 10). Данная шкала – это отрезок прямой линии длиной 10 см, на одном конце (слева) которого отмечена точка отсутствия боли (0 баллов), а на другом конце (справа) – нестерпимая боль (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 и обсуждение

Были изучены социально-демографические показатели исследуемой когорты женщин, в результате 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 ($p < 0,05$).

Таким образом, неблагоприятные изменения в различных сферах жизнедеятельности, труда, в семейных взаимоотношениях 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.

Итак, жалобы на боль предъявляли все женщины (100%) основной группы ($n = 70$). В контрольной группе у

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%
При половых контактах	29	41,4%
Во время менструального цикла	68	97,1%
«Боли везде» (диффузные)	5	7,1%

Таблица 2. Характеристика и описание боли пациентками основной группы (n=70).

Характер	Количество пациенток	Процент
Тянущие	43	61,4%
Ноющие	30	42,9%
Стреляющие	12	17,1%
Распирающие	11	15,7%
Жгучие	10	14,2%
Тупые	6	8,6%
Ломящие	4	5,7%
Щемящие	3	4,3%

всех женщин БС отсутствовал (n=20). Анализируя интенсивность боли по ВАШ нами выявлено, что из 70 женщин основной группы – 29 (41,4%) отмечали боль средней степени тяжести и 41 (58,6%) – тяжелой степени. Средние 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, не смогли описать четкую локализацию болей всего 2 (2,9%) пациентки, а 30 (42,9%) женщин отмечали появление/усиление боли во время бимануального исследования.

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

При тщательном опросе с целью выявления характерных особенностей болевой симптоматики при НГЭ, обнаружено, что все пациентки описывали весьма интересную и многообразную картину испытываемых болей (таблица 2).

Важно отметить, что интенсивность БС не имела корреляционную связь с локализацией процесса, наличия или отсутствия инфильтративного роста эндометриоза, от количества эндометриозных очагов поражения, а также интенсивность БС не связана с длительностью боли. В свою очередь длительность БС связана со степенью распространенности НГЭ средней силы 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 стрессо-

вых ситуациях, эмоциональных и физических нагрузках.

Заключение

Таким образом, хронический БС при НГЭ связан не только с самим патологическим процессом, но и с морфологическими изменениями структур, степени распространенности очагового процесса, формируя непосредственно уже субстрат боли.

Указанные негативные изменения в сфере жизнедеятельности женщин, прежде всего, связаны 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. ■

Эседова Асият Эседовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМУ, г. Махачкала. Ахмедова Милана Ниматуллаховна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМУ, г. Махачкала. Идрисова Муминат Абдусаламовна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМУ, г. Махачкала; Абусуева Зухра Абусуевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ДГМУ, г. Махачкала. Автор, ответственный за переписку — Идрисова Муминат Абдусаламовна, 367010, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Шамсулы Алиева д. 31, кв. 18; тел.: 8 (988) 423-47-46; e-mail: tuminat.idrisova.88@mail.ru.

Литература:

1. Адамян Л.В. [и др.]. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация: Клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013. – 62 с.
2. Иценко 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. Щеглова И.Ю. Этиологические и патогенетические факторы хронических тазовых болей. Журнал акушерства и женских болезней. 2000; 3: 75-82.
6. Fauconnier A., Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum. Reprod. Update.* 2005; Vol. 11, 6: 595-606.
7. Бурлев В.А., Шорохова М.А., Самойлова Т.Е. Современные принципы патогенетического лечения эндометриоза. *Consilium medicum.* 2007; T. 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. Чернуха Г.Е. Эндометриоз и хроническая тазовая боль: причины и последствия. Проблемы репродукции. 2011. 5: 83-89.
11. 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.