

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

А.М. Доцанова, А.С. Тулетова, Р.С. Скакова

Приведены данные частоты развития эндометриоза в различных возрастных группах.

Ключевые слова: эндометриоз; репродуктивное здоровье; бесплодие.

Эндометриоз, несмотря на его первое клиническое описание в конце XIX в., остается одной из загадочных болезней и в XXI. Это связано с тем что, несмотря на достижения в области диагностики и лечения этой патологии, частота его возрастает с каждым годом. Часто возникают рецидивы после оперативного вмешательства, высок показатель частоты этой патологии и у женщин с бесплодием, особенно первичным, среди женщин с хронической тазовой болью [1, 2]. Эта патология встречается во всех возрастных группах, настораживает ее рост в ювенильном возрасте.

Научный и практический интерес представляют особенности клинических проявлений, объем оперативного вмешательства, качество жизни женщин после оперативного лечения эндометриоза.

Целью настоящего исследования явилось определение частоты генитального эндометриоза среди женщин различного возраста и изучение особенностей состояния репродуктивного потенциала и репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ частоты выявления эндометриоза по обращаемости в специализированное учреждение “Центр эндометриоза”, частоты эндометриоза среди девочек-подростков, страдающих дисменореей, среди женщин с бесплодием. Кроме этого проведен анализ здоровья женщин, оперированных по поводу эндометриоза.

Нами проведено анкетирование 2000 девочек г. Алматы в возрасте 14–17 лет. Из 1924 менстру-

ирующих девочек выделено 330, предъявлявших жалобы: на дисменорею – 247, дисменорею и меноррагии – 37 и нерегулярные менструации – 46, которые обследованы на эндометриоз. Исследование включало ректо-абдоминальное исследование, структурно-оптическое исследование сыворотки крови, ультрасонографию. Кроме этого 33 девочкам произведена лапароскопия, 27 – ядерно-магнитная резонансная томография.

Частота эндометриоза определена среди 448 женщин в возрасте 19–36 лет, обследованных согласно протоколу обследования женщин с бесплодием, предложенного ВОЗ в 1985 г.

Проанализированы результаты 475 патоморфологических исследований операционного материала за период с 1997 по 2001 гг. Установлена частота внутреннего эндометриоза, его формы, возраст прооперированных больных. Изучены жалобы, самочувствие больных, частота и характер экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости в анамнезе, генеративная функция у 209 больных с гистологически установленным эндометриозом.

С целью оценки качества жизни обследованы 74 женщины, прооперированные в перименопаузальном возрасте (46–55 лет), которым была произведена гистерэктомия с придатками (основная группа). Группу сравнения составили 100 женщин перименопаузального возраста (46–53 лет) с сохраненными репродуктивными органами

В работе для диагностики эндометриоза использованные клинические, рентгенологиче-

ские, эндоскопические, гормональные методы исследования.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ StatGraphics, разработанных фирмой STSC Inc (США). При этом соблюдались общие рекомендации для медицинских исследований.

Результаты исследования. По нашим данным (исследования проведены в г. Алматы) эндометриоз диагностирован у 23 % обратившихся женщин репродуктивного возраста в “Центр эндометриоза” г. Алматы.

Среди менструирующих девочек частота эндометриоза составила 3,1 %. У девочек-подростков 14–17 лет с дисменореей в 21,1 % был диагностирован генитальный эндометриоз. Обследование девочек-подростков больных генитальным эндометриозом позволило установить дисменорею у 90,0 %. Легкая степень дисменореи отмечена у 16 (26,7 %), средняя (требовался прием лекарственных средств) – у 40 (66,6 %), тяжелая (прием лекарственных средств был без эффекта) – у 4 (6,7 %). Кроме дисменореи 22 (36,7 %) девочек беспокоили постоянные боли внизу живота.

Результаты многочисленных исследований явились утверждением, что эндометриоз – причина хронических тазовых болей у 70 % подростков. Это не только одно из наиболее частых заболеваний, но и причина бесплодия в репродуктивном возрасте, причина дисменореи у девочек-подростков.

У девочек-подростков в большинстве случаев диагностирована смешанная форма эндометриоза (41,7 %). Эндометриоз яичников отмечен у 20,0 %, аденомиоз у 38,3 % обследованных.

Анализируя нейроэндокринный статус девочек-подростков с эндометриозом, мы отметили высокую частоту предменструального синдрома, что сочеталось с высокой степенью уровня личной тревожности. Последняя отмечена у 39 (65,0 %) обследованных с эндометриозом, в то время как в контрольной она встречалась лишь у 5 (10,0 %) ($p < 0,05$). Данное обстоятельство отображает психоэмоциональное состояние больных и свидетельствует о возможной врожденной предрасположенности девочек-подростков, больных эндометриозом, к ответу в виде тревоги на ряд стандартных ситуаций.

Изучение полового и физического развития девочек-подростков, болеющих эндометриозом, позволило установить, что девочки в возрасте 14 лет опережали, а в 15–17 лет отставали от полового развития своих сверстниц.

Эндометриоз диагностирован у 27,7 % женщин с бесплодием. У 60 больных эндометриоз был установлен путем лапароскопического исследования. Перитонеальные формы эндометриоза были диагностированы у 61,7, эндометриоз яичников – у 21,6, сочетание перитонеальных форм с эндометриозом яичников – у 16,7 % больных. При гистероскопии внутренний эндометриоз был диагностирован у 35,0 % пациенток. Таким образом, у 35,0 % больных было сочетание внутреннего и наружного генитального эндометриоза.

По классификации Американского общества фертильности были определены степени (стадии) распространения наружного генитального эндометриоза: I степень была отмечена в 28 (46,7 %), II – в 20 (33,3 %), III – в 10 (16,7 %), IV – в 2 (3,3 %) случаях.

Перитонеальные формы были “малыми” формами эндометриоза: эндометриоидные гетеротопии диаметром до 0,5 см.

Наиболее частой локализацией эндометриоидных гетеротопий была брюшина маточно-прямокишечного пространства (63,3 %) и крестцовых связок (56,7 %). Эндометриоз яичников был от “малых” форм – эндометриоидные гетеротопии (10–16,7 %) до эндометриоидных кист (3–5,0 %). Диаметр кист был от 1 до 3 см.

При гистероскопии в большинстве (75,0 % – 15 из 21) случаев внутреннего эндометриоза диагностирована очаговая форма. Внутренний эндометриоз I степени диагностирован в 17,5 %, II – в 82,5 % случаев.

Кроме внутреннего эндометриоза у женщин изучаемой группы при гистероскопии выявлена патология эндометрия. Хронический эндометрит диагностирован в 23,3 % (14) случаев, гиперплазия эндометрия – в 21,7 % (13), полипы эндометрия – в 20,0 % (12) случаев. В 18,3 % (11) был только внутренний эндометриоз. В 16,7 % (10) случаев ни патологии эндометрия, ни внутреннего эндометриоза не отмечено. Указанные патологические состояния эндометрия были подтверждены гистологически.

У всех 14 пациенток с гистологически подтвержденным хроническим эндометритом было произведено электронно-микроскопическое исследование биоптата эндометрия. Были выявлены два морфологических варианта хронического эндометрита: атрофический эндометрит у 8 больных и гипертрофический – у 6.

Довольно часто эндометриоз наблюдался у женщин, которым проведено оперативное лечение: эндометриоз установлен в 209 случаях из

475, т. е. составляет 44 %. По поводу эндометриоза были произведены следующие виды операций: ампутиация матки в 73,7 % (154), экстирпация матки в 25,3 (53), в 1,0 (2) случаев было произведено удаление придатков матки с одной стороны.

Основной контингент больных, у которых был аденомиоз, составили женщины в возрасте 46–55 лет. Так эндометриоз в перименопаузальном возрасте отмечен у 51,2 % женщин, что в шесть раз чаще, чем в репродуктивном возрасте, в 1,4 раза чаще, чем в позднем репродуктивном возрасте и в 21,3 раза чаще, чем в постменопаузальном возрасте.

Наши исследования свидетельствуют, что операция производится вследствие наличия ведущего симптома эндометриоза – болевого, от которого женщина после оперативного вмешательства не избавляется. Кроме этого, после оперативного лечения, чаще при внутреннем эндометриозе, после проведения пангистерэктомии, присоединяются другие проблемы.

Проведенное нами исследование позволило установить, что по поводу внутреннего эндометриоза в 73,7 % больных была произведена ампутиация, в 25,4 % – экстирпация матки, в 1,0 % случаев – удаление придатков матки с одной стороны. При ампутиации и экстирпации матки в большинстве случаев произведено удаление придатков матки. После операции не отмечено достоверного снижения частоты болевого синдрома (до операции – $78,4 \pm 4,8$ %, после – $6,2 \pm 5,7$ %), однако возросла частота психоэмоциональных нарушений (с 58,1 до 79,7 %). Оценка качества жизни 64 женщин, находившихся в искусственной менопаузе после оперативного вмешательства по поводу внутреннего эндометриоза, позволила нам выявить следующее: если в возрасте 46–53 лет среди здоровых женщин в менопаузе находились 36,7 % и климактерические расстройства наблюдались лишь у 40,3 % с естественной менопаузой, то климактерические расстройства у оперированных по поводу

эндометриоза женщин наблюдались у 80,2 %, т. е. частота климактерических расстройств была почти в два раза выше после хирургической менопаузы. Кроме высокой частоты климактерического синдрома у женщин с искусственной менопаузой отмечено более тяжелое его течение, раннее появление урогенитальных расстройств. Климактерические расстройства у женщин с искусственной менопаузой наблюдались на фоне высоких соотношений фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеотропного гормонов (ЛГ), чем у женщин с естественной менопаузой.

Выводы. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что эндометриоз выявлен почти у каждой четвертой женщины.

Высока частота эндометриоза среди девочек-подростков 14–17 лет с дисменореей (21 %). В этом возрасте имеет место смешанная форма малых форм эндометриоза, сопровождающихся в 65,5 % предменструальным синдромом.

У больных с бесплодием эндометриоз отмечен у 27,7 %. При эндометриозе у больных с бесплодием высока частота хронического эндометрита.

Высока частота органосоносящих операций среди больных с эндометриозом перименопаузального возраста, которые не улучшают качество жизни женщин.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что эндометриоз наблюдается в любом возрасте, вызывает болевой синдром, снижает качество жизни женщин, что требует пересмотра отношения к этой проблеме как с медицинской точки зрения, так и с социальной.

Литература

1. *Endometriosis. An overview of the disease and its treatment* // J Am Pharm Assoc. 2000. 40(5):645–657.
2. *Simoens S., Hummelshoj L.D., Hooghe N. Endometriosis cost estimates and methodological perspective* // Hum Reprod Update. 2007. 13, 395–404.