

Е.В. ЕНЬКОВА, д.м.н., профессор, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК

Особенностями социального статуса и образа жизни пациенток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) является довольно высокий уровень образования, значительный процент работающих и учащихся, преимущественное проживание в крупном городе, низкий удельный вес зарегистрированных браков и средний или низкий уровень дохода [1].

Ключевые слова:

боль
депрессия
бесплодие
качество жизни

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 170 пациенток в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст $23,1 \pm 1,1$ года) с НГЭ, находившихся на обследовании и оперативном лечении в гинекологическом отделении многопрофильного стационара.

При определении показаний для оперативного лечения статистически достоверных различий между группами не было. Большинство женщин (163; 95,9%) имели сочетанные показания к хирургическому лечению НГЭ: болевой синдром, бесплодие, многочисленные попытки консервативного лечения.

Рандомизированное разделение пациенток в послеоперационном периоде позволило выделить две основные группы [6].

Первую группу составили 117 пациенток (68,8% от общего числа больных), средний возраст $22,3 \pm 0,8$ года, с НГЭ I–IV степени распространения, которые в послеоперационном периоде получали монотерапию препаратом диеногест (Визанна, «Байер Веймар ГмБХ и Ко. КГ», Германия) в течение одного года.

Вторую группу составили 53 пациентки (31,2% от общего числа больных), средний возраст $23,5 \pm 1,2$ года, с НГЭ I–IV степени распространения, отказавшиеся по различным причинам от адьювантной и комплексной терапии в послеоперационном периоде.

Пациентки в двух группах достоверно не отличались по возрасту, социальному статусу, гинекологической и соматической патологии.

Основными критериями включения пациенток в исследование были следующие: возраст от 20 до 25 лет, наличие диагноза НГЭ, подтвержденного интраоперационно и гистологически, информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

К критериям исключения были отнесены: оперативное пособие, исключающее в последующем возможность самостоятельной реализации репродуктивной функции, экстрагенитальный эндометриоз (Э), отказ от послеоперационного наблюдения, повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость диеногеста. Из исследования также были исключены пациентки, страдающие острыми или хроническими воспалительными (в стадии обострения) заболеваниями органов малого таза, злокачественными новообразованиями, тяжелой хронической экстрагенитальной патологией в стадии декомпенсации, системными заболеваниями.

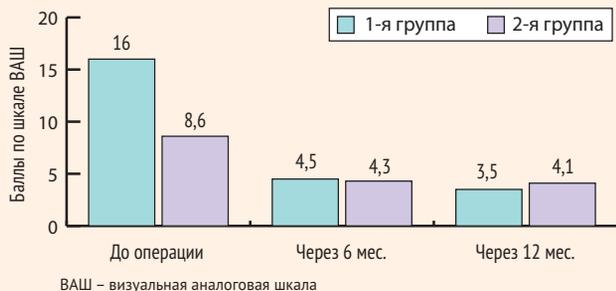
Основными критериями включения пациенток в исследование были следующие: возраст от 20 до 25 лет, наличие диагноза НГЭ, подтвержденного интраоперационно и гистологически, информированное добровольное согласие на участие в исследовании

Как показали полученные результаты, особенностями социального статуса и образа жизни пациенток с НГЭ является довольно высокий уровень образования (65,3% имели высшее образование или учились на момент проведения исследования в высших учебных заведениях), значительный процент работающих и учащихся (79,4 и 15,9% соответственно), преимущественное проживание в крупном городе (95,3%), низкий удельный вес зарегистрированных браков (27,0%) и средний или низкий уровень дохода (72,9%). Полученные данные согласуются с результатами исследования, проведенного Л.В. Адамян и соавт. (2011).

Одной из проблем ведения пациенток с Э является негативное влияние симптомов данного заболевания на общее самочувствие, физическую и социальную активность пациенток, их трудоспособность, психоэмоциональное состояние и качество жизни (КЖ). В связи с этим задача эффективного купирования симптоматики НГЭ является одной из приоритетных [2, 3].

В процессе наблюдения и лечения в послеоперационном периоде в исследуемых группах пациенток с НГЭ

Рисунок 1. Динамика интенсивности выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ



зарегистрировано статистически достоверное уменьшение количества женщин, предъявлявших жалобы на альгоменорею, однако в 1-й группе через 12 мес. лечения удельный вес таких пациенток был достоверно меньше по сравнению с 2-й группой: 45,8% в 1-й группе и 64,2% во 2-й группе. Аналогичная динамика отмечена в отношении жалоб на не связанные с менструацией ноющие боли внизу живота (25,4% в 1-й группе, во 2-й группе 41,5%), полименорею (20,3% в 1-й группе и 24,5% во 2-й группе), скудные кровянистые выделения из половых путей (в 1-й группе эти симптомы исчезли, а во 2-й группе сохранились у 11,3% пациенток).

Что касается жалоб на боли в области крестца с иррадиацией в прямую кишку, то отмечено статистически достоверное уменьшение их удельного веса только в 1-й группе (с 38 до 5,3%), во 2-й группе их удельный вес не претерпел статистически достоверных изменений.

Симптомы диспареунии также статистически достоверно были купированы только у пациенток в 1-й группе (с 40,8 до 3,5%), во 2-й группе достоверная динамика данного показателя не зарегистрирована (11,3% до операции и 9,4% через 12 мес. наблюдения).

Динамика выраженности болевого синдрома (рис. 1) свидетельствует о значительной эффективности лечения во всех группах наблюдения и лечения: через 6 и 12 мес. лечения болевой синдром уменьшился в 1-й группе с $16 \pm 0,6$ до $4,5 \pm 0,1$ и $3,5 \pm 0,2$ балла соответственно ($p < 0,05$), во 2-й группе – с $8,6 \pm 1,1$ до $4,3 \pm 0,4$ и $4,1 \pm 0,6$ балла соответственно ($p < 0,05$). Однако во 2-й группе выраженность болевого синдрома уменьшилась в меньшей степени (до $4,1 \pm 0,6$ балла) по сравнению с 1-й группой, кроме того, во 2-й группе отмечено статистически недостоверное уменьшение интенсивности боли и через 6–12 мес.

Проведение гормонотерапии достоверно снижало степень выраженности дисменореи по сравнению с группой пациенток с монохирургическим лечением: через 12 мес. лечения и наблюдения I степень была установлена у 78,9% пациенток в 1-й группе, при этом у 21,1% пациенток сохранялась умеренная симптоматика дисменореи, несмотря на проведенное лечение диеногестом. Во 2-й группе наблюдения через 12 мес. сохранялся достаточно высокий удельный вес пациенток со II степенью дисменореи (56,6%), в 7,5% случаев была диагностирована III степень дисменореи.

Таким образом, терапия НГЭ в послеоперационном периоде обладает высокой эффективностью в отношении купирования таких симптомов НГЭ, как хроническая тазовая боль, дисменорея и диспареуния, в значительной степени ограничивающих нормальное функционирование пациенток и резко снижающих КЖ.

Известно, что в результате длительного существующего болевого синдрома, дисменореи, диспареунии у пациенток с Э развиваются нарушения нервно-психического статуса, проявляющиеся в формировании реактивной и личностной тревожности, развитии депрессии [4, 5].

В исследуемых группах пациенток с НГЭ был довольно высок удельный вес развития тревожности: 42,9% (73 пациентки) страдали проявлениями реактивной тревожности и 35,3% (60 пациенток) – личностной тревожности.

Полученные нами данные свидетельствуют о статистически достоверном уменьшении в процессе комплексного лечения количества случаев реактивной и личностной тревожности в 1-й группе пациенток: число женщин с признаками реактивной тревожности уменьшилось на 31,7%, а количество пациенток с симптоматикой личностной тревожности сократилось на 30,0%, во 2-й группе подобная динамика не отмечена.

Очевидно, что из-за болевого синдрома и других проявлений НГЭ тревожность достигает патологической степени, становится чертой личности, и все это протекает на фоне достаточно выраженного депрессивного компонента.

Исходное тестирование исследуемых групп по шкале Бека выявило относительно высокий удельный вес пациенток с легкой депрессией – 51,8% (88 женщин).

Как показывают полученные данные, в 1-й группе пациенток с НГЭ, получавших лечение, статистически достоверно по сравнению с 2-й группой увеличилось количество женщин без признаков депрессии (на 36,6% через 6 мес. лечения и на 45,0% через 12 мес. лечения), через 6 и 12 мес. не зарегистрированы случаи умеренной и выраженной депрессии, на 16,7% через 6 мес. лечения и на 41,7% через 12 мес. лечения уменьшилось количество случаев легкой депрессии.

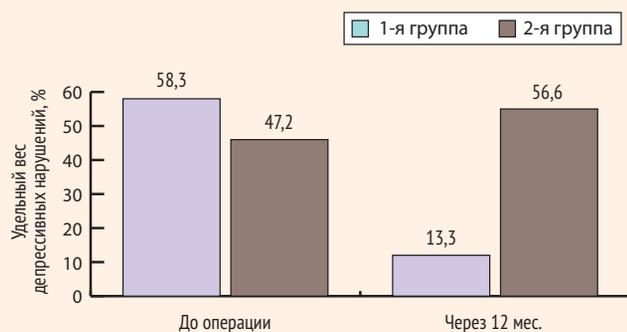
Проведение гормонотерапии достоверно снижало степень выраженности дисменореи по сравнению с группой пациенток с монохирургическим лечением

Развитие психоэмоциональных нарушений неизбежно приводит к снижению качества жизни (КЖ). Результаты изучения КЖ у пациенток с НГЭ свидетельствуют о значительном снижении данного показателя по всем важнейшим параметрам (рис. 2, 3).

Наибольшие различия между группами исследования пациенток с НГЭ касались следующих параметров:

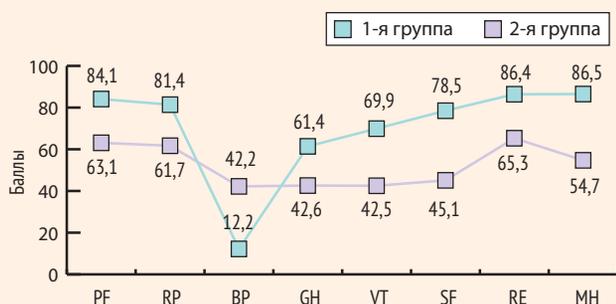
- «Физическое функционирование» (PF) ($87,3 \pm 1,5$ и $57,5 \pm 2,9$ соответственно, $p < 0,05$).
- «Ролевое (физическое) функционирование» (RP) ($84,3 \pm 2,1$ и $55,1 \pm 2,2$ соответственно, $p < 0,05$).

Рисунок 2. Динамика показателей по шкале Бека



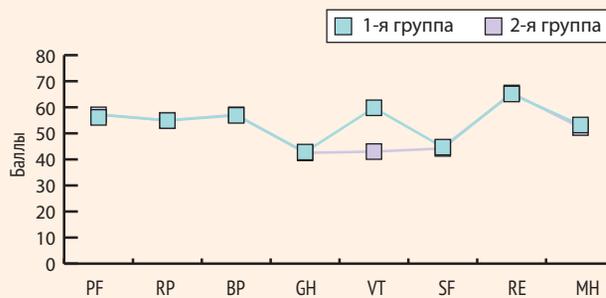
- «Боль» (BP) ($5,1 \pm 1,3$ и $57,2 \pm 2,3$ соответственно, $p < 0,05$).
- «Общее здоровье» (GH) ($67,2 \pm 1,4$ и $41,7 \pm 1,4$ соответственно, $p < 0,05$).
- «Жизнеспособность» (VT) ($75,8 \pm 1,6$ и $41,5 \pm 2,6$ соответственно, $p < 0,05$).
- «Социальное функционирование» (SF) ($83,4 \pm 1,1$ и $44,6 \pm 2,1$ соответственно, $p < 0,05$).
- «Эмоциональное функционирование» (RE) ($93,3 \pm 2,5$ и $65,4 \pm 1,3$ соответственно, $p < 0,05$).
- «Психологическое здоровье» (MH) ($87,8 \pm 1,9$ и $52,3 \pm 1,5$ соответственно, $p < 0,05$).

Рисунок 4. Показатели КЖ пациенток исследуемых групп через 12 мес. наблюдения и лечения



Как показало проведенное нами исследование КЖ, у пациенток с НГЭ в 1-й группе, получавших в послеоперационном периоде монотерапию диеногестом, отмечено статистически достоверное улучшение по всем параметрам опросника SF-36 через 6 и 12 мес. комплексного лечения: физическое функционирование с $57,8 \pm 1,7$ балла (до операции) до $79,3 \pm 0,9$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $84,1 \pm 1,5$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$); ролевое (физическое) функционирование с $54,9 \pm 2,4$ балла (до операции) до $77,7 \pm 1,5$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $81,4 \pm 0,7$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$); боль с $56,9 \pm 3,6$ балла (до операции) до $20,2 \pm 1,1$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $12,2 \pm 1,6$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$); общее здоровье с $42,8 \pm 2,3$ балла (до операции) до $57,1 \pm 1,9$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $61,4 \pm 1,6$ балла

Рисунок 3. Показатели КЖ пациенток исследуемых групп перед операцией



через 12 мес. ($p < 0,05$); жизнеспособность с $42,0 \pm 2,1$ балла (до операции) до $59,8 \pm 1,1$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $69,9 \pm 0,9$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$); социальное функционирование с $44,7 \pm 2,3$ балла (до операции) до $68,8 \pm 1,9$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $78,5 \pm 2,0$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$); эмоциональное функционирование с $65,1 \pm 1,6$ балла (до операции) до $79,5 \pm 1,3$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $86,4 \pm 1,9$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$); психологическое здоровье с $53,2 \pm 1,4$ балла (до операции) до $85,8 \pm 1,8$ балла через 6 мес. ($p < 0,05$) и до $86,5 \pm 1,2$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$).

Во 2-й группе отмечена статистически достоверная динамика по единственному показателю «Боль»: с $57,1 \pm 2,5$ балла (перед операцией) до $42,2 \pm 0,9$ балла через 12 мес. ($p < 0,05$). По остальным параметрам КЖ в данной группе существенных изменений ни через 6, ни через 12 мес. наблюдения не зарегистрировано.

Таким образом, уровень КЖ у пациенток в 1-й группе, получавших лечение, через один год после окончания лечения стал значительно выше по сравнению с пациентками, перенесшими только оперативное вмешательство (2-я группа).



ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006: 416.
2. Манухин И.Б., Прохорова М.В., Геворкян М.А., Смирнова С.О. Эффективность лечения хронической тазовой боли у пациенток с наружным генитальным эндометриозом в зависимости от уровня метаболитов эстрогенов. *Гинекология*, 2013, 4, 15: 16-18.
3. Марченко Л.А., Ильина Л.М. Современный взгляд на отдельные аспекты патогенеза эндометриоза (обзор литературы). *Проблемы репродукции*, 2011, 1: 61-66.
4. Сонова М.М., Тихонова Е.С., Антонова С.О. Исследование качества жизни больных эндометриозом. Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2011: 421.
5. Сонова М.М., Антонова С.О., Тихонова К.С. Клиническое значение растворимой формы молекулы межклеточной адгезии в развитии и прогрессировании наружного генитального эндометриоза. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 2012, 1: 31-34.
6. Сотникова Л.С., Удуд Е.В., Насырова Р.Ф., Тонких О.С. Современная терапия эндометриоза. Опыт применения Визанны. *Проблемы репродукции*, 2012, 6: 34-39.