

6. Оламова А.О., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Межевитинова Е.А., Ледина А.В. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки методом радиоволновой аргонплазменной абляции. Сборник материалов III междисциплинарной научно-практической конференции «Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика и терапия». М.: 2010; 58.

7. Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Фадеев И.Е. Папилломавирусная инфекция: что нового? Гинекология. 2011.

8. Роговская С.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения патологии шейки матки. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2012; 5 (57): 5–8.

9. Роговская С.И., Прилепская В.Н., Бебнева Т.Н., Кондриков Н.И., Ледина А.В., Межевитинова Е.А. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов широкослойной радиоволновой хирургии и аргонплазменной абляции: Пособие для врачей. М.: 2008.

10. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 198.

11. International Agency for Research on Cancer. Histopathology and Cytopathology of the Uterine Cervix: Digital Atlas. Frappart L., Fontaniere B., Lucas E., Sankaranarayanan R. December 2010; IARC Cancer Base № 8.

Некоторые гистероскопические критерии диагностики тазовой боли, обусловленной аденомиозом

М.Р.Оразов

НИИ медицинских проблем семьи, Донецк,
Украина

Эндометриоз, в частности аденомиоз остается одной из важных проблем современной клинической гинекологии, а проблема хронических тазовых болей является одной из сложных и до сих пор далеко не решенных. На сегодняшний день диагностическая ценность гистероскопии в выявлении очагов аденомиоза варьирует в широких пределах в зависимости от формы и степени распространения патологического процесса. Целью исследования явилось определение роли гистероскопии при тазовом болевом синдроме, обусловленном аденомиозом, у женщин репродуктивного возраста. В данное исследование были включены 84 больные с тазовым болевым синдромом на фоне аденомиоза. В зависимости от формы тазового болевого синдрома гистероскопические данные визуализации были переменными. Таким образом, полученные результаты показали высокую информативность эндоскопической внутриматочной диагностики как для уточнения тазового болевого синдрома на фоне аденомиоза, так и для дифференциальной диагностики пролиферативных заболеваний матки и эндометрия.

Ключевые слова: аденомиоз, хроническая тазовая боль, гистероскопия.

Some hysteroscopic criteria for diagnostics of pelvic pain caused by adenomyosis

M.R.Orazov

SRI for Medical Problems in Family, Donetsk,
Ukraine

Endometriosis, in particular adenomyosis, belongs to important problems of clinical gynecology. Chronic pelvic pain considered to be complex and still not completely solved. To the date, diagnostic value of hysteroscopy for adenomyosis detection varies widely, depending on the process form and extent. The aim of the study was to assess hysteroscopy in women of reproductive age suffered from adenomyosis complicated with pelvic pain syndrome. 84 women were included into the study. Hysteroscopic images were variable, depending on the form of pelvic pain. Endoscopic intrauterine system diagnostics is supposed to be highly informative for clarifying pelvic pain syndrome caused by adenomyosis and for differentiation of other proliferative pathologies located in cervix or endometrium.

Keywords: adenomyosis, chronic pelvic pain, hysteroscopy.

Актуальность проблемы

Одним из доминирующих клинических симптомов аденомиоза является хроническая тазовая боль [1–3]. Частота встречаемости тазовой боли, связанной с эндометриозом, составляет от 26 до 80% [4]. Проблема хронических тазовых болей (ХТБ) является одной из важнейших, сложных и далеко не решенных задач в гинекологии. Более 60% женщин, ежегодно обращающихся за помощью к гинекологу, предъявляют жалобы на тазовую боль. Длительная боль приводит к снижению физического, социального, сексуального функционирования пациенток и развитию эмоционально-аффективных расстройств, что крайне негативно отражается на их качестве жизни [4, 5]. Несвоевременно проведен-

Сведения об авторе:

Оразов Мекан Рахимбердыевич – к.м.н., врач высшей квалификационной категории, докторант НИИ медицинских проблем семьи, Донецк, Украина

ная диагностика и нерациональное лечение ведут к усилению болей и нарастанию выраженности психо-эмоциональных нарушений. [6]. Несмотря на большое число проведенных исследований, единого взгляда на вопросы диагностики и лечения ХТБ до сих пор нет, а в 30–61% наблюдений причина ХТБ остается невыявленной [2, 4].

В течение многих лет изучались возможности гистероскопии в диагностике аденомиоза. По данным большинства авторов, основным прогностическим критерием заболевания является визуализация устьев эндометриoidных ходов в виде темно-красных точечных отверстий на фоне бледно-розового оттенка слизистой полости матки, из которых в ряде случаев изливается кровь (при множественной локализации очагов эндометриоза эндоскопическая картина напоминает строение пчелиных сот) [2–4]. Вместе с тем, диагностическая ценность этого признака вызывает определенные сомнения, учитывая его наблюдение после предварительного инструментального удаления функционального слоя эндометрия, во время которого повреждается целостность сосудистой системы базального слоя слизистой матки и нередко за эндометриoidные гетеротопии принимаются кровотокающие венулы [2]. Более того, настаивает отсутствие в зарубежной литературе (в том числе в фундаментальных монографиях и руководствах по гистероскопии) сведений о применении метода для выявления внутреннего эндометриоза тела матки. Однако справедливо отметить, что в большинстве наблюдений с помощью гистероскопии удается диагностировать узловую форму аденомиоза, для которой характерно увеличение и деформация полости матки вследствие локального выпячивания ее пораженных стенок, а также появление на них многочисленных образований с желтым или бледно-желтым оттенком, без четких границ, иногда с наличием поверхностных эндометриoidных «глазков» структур неправильной формы синюшно-багрового цвета, по внешнему виду напоминающих зрачок [3]. Косвенными эндоскопическими признаками диффузной формы аденомиоза следует считать расширение полости матки и изменение рельефа ее стенок: в подобных случаях поверхность базального слоя эндометрия приобретает грубый складчатый характер с неровными контурами (феномен «волнообразования») [3, 4].

Диагностическая ценность гистероскопии в выявлении очагов аденомиоза варьирует в широких пределах в зависимости от формы и степени распространения патологического процесса [4, 5]. Однако до настоящего времени не разработан системный подход при гистероскопии у женщин с хроническими болями, обусловленными аденомиозом. В связи с этим, целесообразно детально обсудить информативность гистероскопии при тазовой боли обусловленной аденомиозом.

Цель исследования – определение роли гистероскопии при тазовом болевом синдроме, обусловленном аденомиозом у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы

В настоящее исследование были включены 84 больных с тазовым болевым синдромом аденомиоза. Верификация диагноза аденомиоза производилась на основании анамнестических, объективных гинекологических, эхографических, гистероскопических данных, а так же результатов морфологического (гистологического) исследования биоптатов эндометрия и материала, полученного при разделъ-

ном выскабливании стенок полости матки и цервикального канала.

Эндоскопическое исследование проводилось методом гистероскопии традиционным путем, с использованием аппаратуры известной немецкой компании «KarlStors», с хирургическим набором инструментов.

Ультразвуковое исследование выполняли с помощью трансвагинального датчика по стандартной методике на аппарате AcuVista RS880t (RaySystems). Исследование органов малого таза проводилось 2 раза – на момент обращения и далее на 22–24-й день менструального цикла.

С учетом трудностей объективизации боли, обусловленной субъективным характером ее восприятия и ввиду различия порога болевой чувствительности, для определения характеристики и тяжести, интенсивности боли мы использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Шкала выглядит как линейка, на которой нанесены цифры от 0 (нет боли) до 10 (нестерпимая боль) и расстояние между цифрами составляло 1 см и каждый сантиметр соответствовал одному баллу. Линейку можно использовать как горизонтально, так и вертикально. Таким образом, мы получили количественную характеристику боли. Всем пациенткам предлагали сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой ею в данный момент боли.

Для определения качественных (эмоциональная и сенсорная) характеристик боли использовали болевой опросник Мак-Гилла. Опросник содержит 20 вопросов, сгруппированных в две шкалы, где пациентки сами отмечали по одному слову из 20 строк, наиболее точно совпавшему с их болью. Значения вычисляли в баллах, что позволило получить достаточно объективное итоговое представление о болевом синдроме каждой пациентки.

Средний возраст пациенток составил $32,5 \pm 3,3$ года. Критерием включения больных явился установленный клинический диагноз аденомиоза с болевым синдромом и репродуктивный возраст. Критерием исключения из группы был возраст, превышающий репродуктивный период, миома матки, воспалительные заболевания матки и придатков в фазе обострения, наружный эндометриоз и опухоли яичников.

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 исследования и обсуждение

Из гинекологического анамнеза установлено, что у 29 (34,5%) исследуемых женщины заболевание развивалось с периода менархе, у каждой третьей – с началом репродуктивного возраста, у каждой четвертой пациентки – с началом половой жизни. Изучение провоцирующих факторов для развития заболевания показало: 44 (52,3 %) женщин в анамнезе имели оперативные вмешательства и аборт; 23 (27,3%) – ВМК с последующим развитием воспалительных заболеваний матки и у 17 (20,4%) женщин – факторы оказались неясными. Средняя продолжительность заболевания составила $6,0 \pm 0,9$ г. Нарушение репродуктивной функции было установлено у 39 (46,4%) женщин с аденомиозом, из них: первичное бесплодие отмечено у 18 (46,3%), вторичное – у 21 (53,7%).

Полученные данные свидетельствуют о наличии воспалительного процесса в матке или придатках, что создает дополнительный «благоприятный» фон для прогрессирования развития аденомиоза с болевым синдромом, с последующим нарушением фертильности. Наши данные совпадают с исследованиями разных авторов [5, 6].

Доминирующим симптомом заболевания в исследуемой группе являлся синдром хронической тазовой боли. В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) пациентки основной группы подразделились на три подгруппы: 1-я подгруппа (n=22) – со слабовыраженным болевым синдромом; 2-я подгруппа (n=30) – с умеренно выраженным болевым синдромом; 3-я подгруппа (n=32) – с резко выраженным болевым синдромом. На болезненные менструации жаловались почти все женщины с аденомиозом 82 (97,6%), на диспареунию – 66 (78,5%) женщин. В подавляющем большинстве случаев пациентки с умеренно выраженным и с резко выраженными болевыми синдромами (49,6%) отметили, что постоянные болевые ощущения приводили к снижению половой активности. Самые мучительные болевые ощущения наблюдались у женщин 3-й подгруппы. Межменструальные кровяные выделения беспокоили в основном женщин из 2-й (19) и 3-й (28) подгруппы. Полименорея встречалась в первой подгруппе у 14, во второй – у 24, в третьей подгруппе – у 29 женщин. Сочетание симптомов дисменореи, диспареунии и хронической тазовой боли отмечали 69 (82,1%) женщин исследуемой группы. Безусловно, у всех женщин в подгруппе с резко выраженным болевым синдромом оценка характера боли остается всегда субъективной. В данной подгруппе женщины испытывали страдание, с трудом переносили боль, характеризуя ее как упорную (16,7%), невыносимую (20%), неотступную (28,4%), мучительную (34,9%). Полученные нами показатели оценки боли подтверждаются данными литературы о том, что именно хронический болевой синдром при аденомиозе, отрицательно сказывается на общем состоянии, работоспособности и качестве жизни пациентов и признан самым распространенным и тяжелым гинекологическим заболеванием женщин репродуктивного возраста [6, 7].

Ретроспективный анализ сонограмм (выполненных амбулаторно) у 21 (25%) женщины показал гиподиагностику, которую в последующем объяснили наличием УЗИ-негативных форм аденомиоза, что подтверждается данными некоторых авторов [8]. Ложноотрицательный диагноз иногда ставили в пользу интрамурального узла миомы – 3,1% или наличия кальцификатов в миометрии (без указания возможного происхождения) – 1,8%. Специфичность сонографии была наивысшей для диффузной формы аденомиоза, достоверно превалируя над диагностикой очаговой формы.

Гистероскопическая картина у исследованных женщин складывалась следующим образом. У 19 женщин первой подгруппы гистероскопическая картина выражалась в обнаружении эндометриоидных ходов в виде «глазков» на фоне неизмененного рельефа стенок полости, стенки матки имели обычную плотность, у 19 из второй подгруппы – на фоне ровного рельефа обнаружили разволокненную мышечную ткань, полость матки не растягивалась, ригидность, эндометриоидные ходы, плотность изменена, и наконец у 20 пациенток из третьей подгруппы определили выбухание различной величины в полости матки, открытые и закрытые эндометриод-

ные ходы, неровную ребристую поверхность с очень плотными стенками.

Анализ полученных данных при гистероскопии показал, что только у 23 (27,3%) женщин исследуемой группы снижение информативности гистероскопии обусловлено именно сочетанием аденомиоза и гиперплазии эндометрия. Выполнение кюретажа полости матки с целью достижения гемостаза делает неинформативным последующий осмотр по причине развития отека и эритроцитарного имbibирования базального слоя эндометрия. Информативность гистероскопии у остальных женщин в отношении выявления признаков заболевания значительно отличалась при выполнении исследования в плановом порядке в последний день менструального кровотечения или на 3-и сутки после хирургического кюретажа матки. В указанных условиях методика была наиболее чувствительна в отношении выявления очаговых форм железистой инвазии. Необходимость выполнения повторного исследования была обусловлена невозможностью осмотра базального слоя эндометрия ввиду сопутствующей гиперплазии эндометрия у 23 женщин с аденомиозом.

Изучение морфологической картины эндометрия, после раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала, во время гистероскопии показало, что из всех исследуемых женщин (n=84) у 23 (27,3%) выявлена сочетанная пролиферативная патология эндометрия, из них:

- с простой гиперплазией эндометрия без атипии у 13 (56,5%) женщин (из них у 4 (30,8%) пациенток выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 9 (69,2%) – железистая гиперплазия эндометрия);
- со сложной гиперплазией без атипии – у 4 (17,3%);
- с атипией (впервые выявленная) – у 2 (8,6%), полип эндометрия наблюдался у 4 (17,4%) больных. Необходимо отметить, что сочетанная патология эндометрия выявлена в основном у пациенток больше всего во второй и третьей подгруппах.

Таким образом, полученные вышеизложенные результаты показывают высокую информативность и диагностическую ценность эндоскопической внутриматочной системы диагностики как для выявления тазового болевого синдрома аденомиоза, так и для дифференциальной диагностики пролиферативных заболеваний матки и эндометрия.

Литература

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2006; 2: 416.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Нижний Новгород: НГМА, 1997; 171.
3. Дамиров М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. Москва Тверь: ООО «Издательство «триада», 2002; 294.
4. Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В. и др. Эхография органов малого таза у женщин; Практическое пособие. Выпуск 1. Эндометриоз. М.: НИКИЭТ, 1997; 58.
5. Железнов Б.И., Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз. М.: Медицина, 1985; 160.
6. Ищенко А.И. Патогенез, клиника, диагностика и оперативное лечение распространенных форм генитального эндометриоза: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М.: 1993; 44.
7. Mathias S.D., Kupperman M. Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet. Gynecol. 1996; 87: 321–328.
8. McDonald J.S. Management of chronic pelvic pain. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 1995; 9: 817–820.