

УДК 618.1-006.55-009.7-02-07

ОРАЗОВ М.Р.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТАЗОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ АДЕНОМИОЗОМ

Резюме. *Цель:* изучение клиничко-анамнестических особенностей тазовой боли, обусловленной аденомиозом.

Материал и методы. У 150 женщин с аденомиозом и 50 условно здоровых изучены особенности клинических, анамнестических данных. В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе визуально-аналоговой шкалы) пациентки основной группы ($n = 150$) были разделены на три подгруппы: I подгруппа ($n = 50$) — со слабо выраженным болевым синдромом; II подгруппа ($n = 50$) — с умеренно выраженным болевым синдромом; III подгруппа ($n = 50$) — с резко выраженным болевым синдромом.

Результаты. Нарушения менструального цикла наблюдались у 85,5 % больных с аденомиозом. Дисменорея (100 %), гиперполименорея (68,2 %) и перименструальные кровянистые выделения (91,5 %) достоверно чаще фиксировались в подгруппе с умеренно и резко выраженным болевым синдромом ($p < 0,05$). Воспалительные заболевания гениталий имелись у 64 и 88 % больных I и II подгрупп соответственно. Оперативные вмешательства на органах малого таза, осложненные спаечным процессом, перенесли 44,3 % женщин. Бесплодием страдали 64 (42,6 %) особы. Хронический тонзиллит встречался в 11,3 % случаев, хронический пиелонефрит — в 6,3 %, хронический цистит — в 8,5 %, заболевания желудочно-кишечного тракта — в 21,8 %, заболевания сердечно-сосудистой системы — в 13,2 %, вегетососудистая дистония — в 9,6 %. Подавляющее большинство пациенток с аденомиозом в детстве перенесли ряд инфекционных заболеваний, 30,6 % женщин имели отягощенную наследственность.

Выводы. Отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющийся низким индексом здоровья, более выраженная наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями являются способствующими факторами, а высокая частота перенесенных оперативных вмешательств, хронические, длительно текущие воспалительные процессы органов малого таза и оперативные вмешательства на матке, спаечный процесс создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования болевого синдрома аденомиоза.

Ключевые слова: аденомиоз, хроническая тазовая боль, клиника, анамнез, визуально-аналоговая шкала боли.

Аденомиоз является широко распространенным заболеванием. Частота его выявления в популяции варьирует от 10 до 53 %. Эта патология является одной из существенных, а по данным некоторых авторов, основной причиной тазового болевого синдрома, дисменореи и гиперменореи [1–3]. Тазовой обозначают боль, локализирующуюся в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, а также в промежности, в области наружных половых органов, влагалища, прямой кишки. Нередко наблюдается иррадиация по переднебугорчатой поверхности бедер и нижнему краю ягодиц. Обычно пациенты не могут указать точную локализацию боли, она, скорее, носит разлитой характер, и не всегда просто отделить эпицентр болезненности от зоны иррадиации [2–4].

Хроническая тазовая боль — рецидивирующая или постоянная боль, которая беспокоит пациента не менее 6 мес. Характер болезненных ощущений может быть различным: жжение, рези, колющая, ноющая боль, ощущение

давления или тяжести. Интенсивность боли у одного и того же пациента может существенно варьировать [4, 5].

Распространенность хронической тазовой боли среди женщин, по данным Национального института здоровья США, достигает 15 %. В настоящее время проводятся и другие эпидемиологические исследования [5–7].

В причинах хронической тазовой боли у женщин объединяют различные гинекологические, урологические заболевания, а также заболевания кишечника и опорно-двигательного аппарата [5–9]. Парадоксально, что не у всех женщин, страдающих данными заболеваниями, формируется хроническая тазовая боль.

Актуален вопрос о механизме хронизации боли. В условиях персистенции патологического процесса, а

© Оразов М.Р., 2014

© «Медико-социальные проблемы семьи», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

иногда и в отсутствие явной органической патологии, хроническая боль может быть результатом снижения порога восприятия, когда болевое ощущение возникает под воздействием неповреждающих стимулов. В подобных случаях патофизиологи применяют следующие термины:

— гипералгезия — возникновение боли при воздействии мягких пороговых раздражителей;

— аллодиния — боль при воздействии физиологических стимулов, в норме не обладающих раздражающим действием;

— спонтанные болевые спазмы — боль, возникающая вообще в отсутствие каких-либо воздействий на чувствительные нервные окончания [7–9].

Современная теория боли объясняет формирование хронической боли дисфункцией нервных путей и центров, контролирующей поток болевых импульсов. В одних случаях главную роль играет снижение активности антиноцицептивной системы, в других — феномен сенситизации нейронов, в третьих — развитие нейrogenного воспаления, поддерживаемого постоянной нервной импульсацией и продукцией вещества P, пептида, кодируемого геном кальцитонина (calcitonin gene related peptide, CGRP), фактора роста нервов и нейрокининов в пораженном органе [7–9]. К формированию хронической боли предрасполагают соматические заболевания, хирургические вмешательства на органах таза и наследственные факторы [9, 10]. Несмотря на многолетние клинические и экспериментальные исследования в этом направлении, достоверных сведений об этиологии и патогенезе заболевания известно достаточно мало. Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что эта патология встречается в любом возрасте независимо от этнической принадлежности и социально-экономических особенностей [9–17].

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-anamnestических особенностей тазовой боли, обусловленной аденомиозом.

Материал и методы

В исследовании участвовали 150 женщин с аденомиозом, которые в зависимости от выраженности тазового болевого синдрома были разделены на 3 подгруппы. Оценку степени тяжести болевого синдрома определяли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Шкала выглядит как линейка, на которой нанесены цифры от 0 (нет боли) до 10 (нестерпимая боль), и расстояние между цифрами составляло 1 см, каждый сантиметр соответствует одному баллу. Линейку можно использовать как горизонтально, так и вертикально. Всем пациенткам предлагали сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой ими в данный момент боли. Для определения качественных (эмоциональной и сенсорной) характеристик боли использовали болевой опросник Мак-Гилла. Опросник содержит 20 вопросов, сгруппированных в две шкалы, пациентки сами отмечали по одному слову из 20 строк, наиболее точно совпавших с их болью. Значения вычисляли в баллах, что позволило получить достаточно объективное итоговое представление о болевом синдроме каждой пациентки.

Особое место отводилось изучению специфических функций женского организма. Анализ менструальной функции включал, помимо установления возраста менархе, изучение ее характера, регулярности и продолжительности менструального цикла. Половая жизнь: с какого возраста началась, какой брак по счету. Репродуктивная функция оценивалась по числу беременностей, их течению и исходам, также анализировали особенности течения родов, частоту их осложнений, применение оперативных вмешательств, соматический статус, перенесенные генитальные и экстрагенитальные заболевания.

Контрольную группу составили 50 условно здоровых женщин репродуктивного возраста.

Верификация диагноза аденомиоза проводилась на основании объективных, эхографических, гистероскопических и томографических данных.

Критерии включения больных в основную группу: установленный клинический диагноз аденомиоза с болевым синдромом и репродуктивный возраст. Критерии исключения из основной группы: возраст, превышающий репродуктивный период, миома матки, воспалительные заболевания матки и придатков в фазе обострения, наружный эндометриоз и опухоли яичников.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета программ Excel.

Результаты и их обсуждение

Доминирующим симптомом заболевания в исследуемой группе являлся синдром хронической тазовой боли. В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) пациентки основной группы (n = 150) были разделены на три подгруппы: I подгруппа (n = 50) — со слабо выраженным болевым синдромом; II подгруппа (n = 50) — с умеренно выраженным болевым синдромом; III подгруппа (n = 50) — с резко выраженным болевым синдромом.

Безусловно, у всех женщин в подгруппе с резко выраженным болевым синдромом оценка характера боли оставалась 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 согласуются с 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 [9, 10].

Изучение возраста становления менархе исследованных (n = 150) показало, что раннее менархе было у 84 (56 %) особ, позднее — у 34 (22,6 %) своевременное — у 32 (21,4 %). В исследованиях А.И. Ищенко и Е.А. Кудриной (2008) [7] мы нашли подтверждение своим данным, 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.

Нарушения менструального цикла наблюдались у 85,5 % больных. Дисменорея (100 %), гиперполименорея (68,2 %) и перименструальные кровянистые выделения (91,5 %) достоверно чаще фиксировались в подгруппе с умеренно и резко выраженным болевым синдромом ($p < 0,05$). Полученные данные демонстрируют неполноценность механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [9, 12].

Особую тревогу вызывают сообщения об отягощенности репродуктивного анамнеза у исследуемых пациентов, особенно в подгруппе с резко выраженным болевым синдромом ($p < 0,05$). Большинство женщин из этой подгруппы имели в анамнезе от 3 до 6 искусственных аборт (74 %), осложненных воспалительными заболеваниями органов малого таза (44,8 %), а также лечебно-диагностические выскабливания (64,5 %). Выявленные вышеизложенные параметры создают благоприятные условия для инвазии и роста эндометриальных клеток в миометрии, которые ведут к нейродистрофическим изменениям в зоне гистобиологического барьера, возникающие в результате десмолитических и десмопластических процессов в слизистой оболочке, соединительной и мышечной ткани, нередко формирующихся в результате воспаления [10–13].

Изучение основных показателей фертильности у женщин с аденомиозом показало, что бесплодием страдали 64 (42,6 %) пациентки, из них первичным — 28 (43,8 %) и вторичным — 36 (56,2 %). Согласно литературным данным, частота бесплодия у больных эндометриозом колеблется от 25 до 60 %, по нашим данным, при аденомиозе бесплодием страдали 42,6 % женщин, при этом его частота была достоверно выше во II и III подгруппах ($p < 0,05$).

Изучение преморбидного фона показало, что подавляющее большинство пациенток с аденомиозом в детстве перенесли ряд инфекционных заболеваний, таких как: корь — 14 (9,3 %) пациенток, краснуха — 27 (18,1 %), ветряная оспа — 35 (23,3 %), частые острые респираторные вирусные инфекции — 68 (45,2 %). Эти цифры говорят о том, что индекс здоровья обследованных женщин был достоверно низким, с чем было связано ослабление общих и местных защитно-приспособительных механизмов организма, что тоже находит литературное подтверждение [15, 16].

Детальный анализ основных факторов, влияющих на развитие болевого синдрома, показал, что воспалительные заболевания гениталий имелись у 32 (64 %) и 44 (88 %) больных в I и II подгруппах соответственно. Оперативные вмешательства на органах малого таза, осложненные спаечным процессом, перенесли 66 (44,3 %) женщин, что еще раз подтверждает мнение многих исследователей о ноциогенной роли спаечного процесса при аденомиозе [13–15].

Анализ частоты экстрагенитальных заболеваний среди исследованных выявил: хронический тонзиллит — у 11,3 % пациенток, хронический пиелонефрит — у 6,3 %, хронический цистит — у 8,5 %, заболевания желудочно-

кишечного тракта — у 21,8 %, заболевания сердечно-сосудистой системы — у 13,2 %, вегетососудистую дистонию — у 9,6 %.

Изучение показателей наследственного анамнеза показало, что 46 (30,6 %) женщин имели отягощенную наследственность в виде злокачественных заболеваний негенитального происхождения, 22 (14,6 %) пациентки имели близких родственниц с миомой матки, 5 (3,3 %) — с инсулинозависимым сахарным диабетом, 14 (9,3 %) — с заболеваниями щитовидной железы, 8 (5,3 %) — со злокачественными опухолями молочной железы.

Выводы

Отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющийся низким индексом здоровья, более выраженная наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями являются способствующими факторами, а высокая частота перенесенных оперативных вмешательств, хронические, длительно текущие воспалительные процессы органов малого таза и оперативные вмешательства на матке, спаечный процесс создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования хронического болевого синдрома при аденомиозе.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Современный взгляд на проблему: монография [Текст] / Л. В. Адамян, С. А. Гаспарян; Ставроп. гос. мед. акад. — Ставрополь: СГМА, 2004. — 215 с.
2. Адамян Л.В. Эндометриозы: монография [Текст] / Адамян Л.В., Кулаков В.И. — М.: Медицина, 1998. — 365 с.
3. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей [Текст] / Адамян Л.В., Кулаков И.И., Андреева Е.Н. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. — 416 с.
4. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных [Текст]: автореферат дис... д-ра мед. наук / Е.Н. Андреева; НЦ АГиП РАМН. — М., 1997. — 50 с.
5. Носенко Е.Н. Клинико-морфологическая диагностика внутреннего эндометриоза матки [Текст]: автореферат дис... канд. мед. наук : 14.01.01 / Е.Н. Носенко; Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины. — Киев, 1999. — 21 с.
6. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты [Текст]: автореферат дис... д-ра мед. наук : 14.00.01 / С.А. Гаспарян; Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. — М., 2002. — 52 с.
7. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение: монография [Текст] / Ищенко А.И., Кудрина Е.А. — М.: ГЭОТАР-Мед-на, 2002. — 104 с.
8. Сонова М.М. Клинико-морфологические, молекулярно-биологические и лечебные факторы генитального эндометриоза [Текст]: автореферат дис... канд. мед. наук : 14.00.01 / М.М. Сонова; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». — 2009. — 22 с.
9. Стрижаков А.Н. Качество жизни больных с наружным генитальным эндометриозом и синдромом хронической тазовой боли при применении гормональной терапии: проблемы и

перспектива изучения / А.Н. Стрижаков, Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова // Вестник Рос. ассоц. акуш. и гин. — 2000. — № 1. — С. 86-90.

10. Сорокина. А.В. Патогенез, прогнозирование и постгеномная диагностика аденомиоза [Текст]: автореферат дис... д-ра мед. наук : 14.01.01; 14.03.03 / А.В. Сорокина. ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов». — 2012. — 50 с.

11. Клинико-anamnestическая характеристика больных с доброкачественными заболеваниями матки / Сидорова И.С., Унанян А.Л., Жолобова М.Н. и др. // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2012. — № 1. — С. 23-26.

12. Cockerham A. Z. Adenomyosis: a challenge in clinical gynecology / A. Z. Cockerham // J. Midwifery Womens Health. — 2012. — Vol. 57, № 3. — P. 212-220.

13. Liu X. Aberrant immunoreactivity of deoxyribonucleic acid methyltransferases in adenomyosis / Liu X., Guo S.W. // Gynecol. Obstet. Invest. — 2012. — Vol. 74, № 2. — P. 100-108.

14. Schindler A.E. Non-contraceptive benefits of hormonal contraceptives / Schindler A.E. // Minerva Ginecol. — 2010. — Vol. 62, № 4. — P. 319-329.

15. Is adenomyosis associated with menorrhagia? / Naftalin J., Hoo W., Pateman K. et al. // Hum. Reprod. — 2014. — Vol. 29, № 3. — P. 473-479. doi: 10.1093/humrep/det451.

16. Clinical characteristics indicating adenomyosis at the time of hysterectomy: a retrospective study in 291 patients / Taran F.A., Wallwiener M., Kabashi D. et al. // Arch. Gynecol. Obstet. — 2012. — Vol. 285, № 6. — P. 1571-1576. doi: 10.1007/s00404-011-2180-7.

17. Efficacy of gonadotropin-releasing hormone agonist and an extended-interval dosing regimen in the treatment of patients with adenomyosis and endometriosis / Kang J.L., Wang X.X., Nie M.L., Huang X.H. // Gynecol. Obstet. Invest. — 2010. — Vol. 69, № 2. — P. 73-77. doi: 10.1159/000258683.

Получено 24.02.14 ■

Оразов М.Р.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТАЗОВИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ, ЗУМОВЛЕНИЙ АДЕНОМІОЗОМ

Резюме. Мета: вивчення клініко-анамнестичних особливостей тазового болю, обумовленого аденоміозом.

Матеріал і методи. У 150 жінок з аденоміозом і 50 умовно здорових вивчені особливості клінічних, анамнестичних даних. Залежно від вираженості больового синдрому (за системою візуально-аналогової шкали) пацієнтки основної групи (n = 150) були розділені на три підгрупи: I підгрупа (n = 50) — із слабо вираженим больовим синдромом; II підгрупа (n = 50) — із помірно вираженим больовим синдромом; III підгрупа (n = 50) — із різко вираженим больовим синдромом.

Результати. Порушення менструального циклу спостерігалися у 85,5 % хворих на аденоміоз. Дисменорея (100 %), гіперполіменорея (68,2 %) і перименструальні кров'яністі виділення (91,5 %) вірогідно частіше фіксувалися в підгрупах з помірно і різко вираженим больовим синдромом (p < 0,05). Запальні захворювання геніталій були у 64 і 88 % хворих I і II підгруп відповідно. Оперативні втручання на органах малого таза, ускладнені спайковим процесом, перенесли 44,3 % жі-

нок. Від безпліддя страждали 42,6 % осіб. Хронічний тонзиліт зустрічався в 11,3 % випадків, хронічний пієлонефрит — у 6,3 %, хронічний цистит — у 8,5 %, захворювання шлунково-кишкового тракту — у 21,8 %, захворювання серцево-судинної системи — у 13,2 %, вегетосудинна дистонія — у 9,6 %. Переважна більшість пацієнток з аденоміозом у дитинстві перенесли ряд інфекційних захворювань, 30,6 % жінок мали обтяжену спадковість.

Висновки. Обтяжений гінекологічний і соматичний анамнез, що проявляється низьким індексом здоров'я, більш виражена спадкова обтяженість пухлинними захворюваннями є сприяючими факторами, а висока частота перенесених оперативних втручань, хронічні, довгостроково поточні запальні процеси органів малого таза й оперативні втручання на матці, спайковий процес створюють сприятливий фон для подальшого прогресування больового синдрому при аденоміозі.

Ключові слова: аденоміоз, хронічний тазовий біль, клініка, анамнез, візуально-аналогова шкала болю.

Оразов М.Р.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME CAUSED BY ADENOMYOSIS

Summary. Objective: to study the clinical and anamnestic features of pelvic pain caused by adenomyosis.

Material and Methods. In 150 women with adenomyosis and 50 apparently healthy ones it was studied the characteristics of clinical, anamnestic data. Depending on the severity of pain (visual analogue scale of pain (VAS) system) patients of the main group (n = 150) were divided into three subgroups: I one (n = 50) — with low-grade pain syndrome; II one (n = 50) — with moderate pain syndrome; III subgroup (n = 50) — with full-blown pain syndrome.

Results. Menstrual irregularities were observed in 85.5 % of patients with adenomyosis. Dysmenorrhea (100 %), hyperpolymenorrhea (68.2 %) and perimenstrual spotting (91.5 %) significantly more often were recorded in the subgroup with moderate and full-blown pain syndrome (p < 0.05). Inflammatory diseases of the genitals were present in 64 and 88 % of patients from subgroups I and II, respectively. Surgical interventions on the pelvic organs, complicated by adhesive process, were carried out in 44.3 %

of women. Infertility has been detected in 64 (42.6 %) persons. Chronic tonsillitis has been observed in 11.3 % of cases, chronic pyelonephritis — in 6.3 %, chronic cystitis — in 8.5 %, pathology of the gastrointestinal tract — in 21.8 %, cardiovascular diseases — in 13.2 %, vegetative-vascular dystonia — in 9.6 %. The vast majority of patients with adenomyosis in childhood have experienced a number of infectious diseases. 30.6 % of women had a burdened family history.

Conclusions. Burdened gynecological and somatic history manifesting by low health index, more pronounced family history of neoplastic diseases are contributing factors, and the high occurrence of surgeries in past medical history, chronic, long-standing pelvic inflammatory processes and operative interventions on the uterus, as well as adhesive process create a favorable background for further progression of pain syndrome of adenomyosis.

Key words: adenomyosis, chronic pelvic pain, clinical picture, visual analogue scale of pain.