

УДК 616.381-072.1;618.14

ОРАЗОВ М.Р.

НИИ медицинских проблем семьи Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, г. Донецк, Украина

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ АДЕНОМИОЗА НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Резюме. Статья посвящена одной из актуальных проблем клинической гинекологии — проблеме хронических тазовых болей, обусловленных аденомиозом. Диагностика хронической тазовой боли хирургическим путем (лапароскопическим доступом) является приоритетной в настоящее время, так как минимально травматична и позволяет выявить и устранить возможные причины боли, не диагностируемые другими методами обследования. В настоящее исследование были включены 84 больных репродуктивного возраста. Показанием к операции послужила неэффективность консервативной терапии. В статье подробно описаны эндоскопические патологические изменения, которые могли иметь место в генезе тазовой боли. Результаты исследований показали высокую диагностическую информативность и ценность лапароскопии в установлении генеза тазовой боли, необходимость возможного пересмотра в пользу эндоскопических методов в диагностике пациенток с синдромом хронической тазовой боли, обусловленной аденомиозом.

Ключевые слова: аденомиоз, хроническая тазовая боль, лапароскопия.

Врачи любой специальности довольно часто в своей практике сталкиваются с пациентами, основным проявлением заболевания у которых является хронический болевой синдром. В гинекологии таким болезненным состоянием является синдром тазовых болей, который характеризуется наличием упорных, изнуряющих болей внизу живота и пояснице, нередко приводящих к инвалидизации [1–5]. Проблема хронических тазовых болей — одна из важнейших, сложных и далеко не решенных задач в гинекологии [3, 5–7]. Более 60 % женщин ежегодно обращаются за помощью к акушеру-гинекологу с данной проблемой. Хроническая тазовая боль при аденомиозе — это вторичная боль, имеющая длительное течение, и, как всякая висцеральная боль, редко бывает локализованной. Длительная боль приводит к снижению физического, социального, сексуального функционирования больных и развитию эмоционально-аффективных расстройств, что крайне негативно отражается на качестве жизни этих женщин. Несмотря на достаточное количество работ в отечественной и зарубежной литературе, до настоящего времени проблема диагностики и лечения тазовой боли при аденомиозе представляет чрезвычайный интерес как с практической, так и с научной точки

зрения и является одной из актуальнейших проблем современной гинекологии.

В последнее десятилетие появились работы, свидетельствующие о недостаточной правомерности повсеместно используемых клинических диагностических тестов в выявлении причин, вызывающих хронический тазовый болевой синдром. Патогенез боли рассматривается акушерами-гинекологами с позиции локальных морфофункциональных изменений. Внедрение в клиническую практику современных лапароскопических технологий, а также вызванные этим изменения в лечебной тактике и методике операций сделали необходимым пересмотр существующих подходов к некоторым аспектам диагностики тазовой боли [8–11].

Применение с диагностической целью лапароскопии у больных с хронической тазовой болью является наиболее приоритетным в настоящее время, так как минимально травматичное и позволяет выявить и устранить возможные причины болей, не диагностируемые другими методами обследования [10, 12, 13]. Однако в доступной литературе мало

© Оразов М.Р., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

работ, посвященных изучению роли лапароскопии для выявления причин тазовой боли у женщин с неэффективной медикаментозной терапией при аденомиозе.

В связи с этим целью исследования явилось изучение роли эндоскопического метода в установлении генеза тазового болевого синдрома у женщин с аденомиозом.

Материал и методы

В настоящее исследование были включены 84 больных репродуктивного возраста с диагнозом «аденомиоз», получавшие медикаментозное лечение. Всем пациенткам проводили общеклиническое обследование: детальный сбор анамнеза, анализ менструальной и генеративной функции, ранее перенесенных гинекологических заболеваний и операций на органах малого таза, осмотр и гинекологическое бимануальное исследование; лабораторные исследования: клинические анализы крови и мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови и резус-фактор; цитологическое и кольпоскопическое исследование, исследование на инфекции, передающиеся половым путем.

Ультразвуковое исследование выполняли с помощью трансвагинального датчика по стандартной методике на аппарате AcuVista RS880t (RaySystems). Исследование органов малого таза проводилось дважды — в первую и во вторую фазу менструального цикла.

С учетом трудностей объективизации боли, обусловленной субъективным характером ее восприятия, и ввиду различия порога болевой чувствительности для определения интенсивности боли была использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Таким образом, мы получили количественную характеристику боли. Всем пациенткам предлагали сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой 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, 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.

Всем пациенткам проводилась диагностическая лапароскопия, основным показанием к которой являлась резистентность к медикаментозной терапии тазовой боли, обусловленной аденомиозом. Лапароскопию выполняли под внутривенным наркозом в положении Тренделенбурга с использованием стандартного оборудования фирмы KARL STORZ. После создания пневмоперитонеума 3,0 л CO₂ проводил осмотр органов малого таза. Для обеспечения более полной оценки состояния органов малого таза осмотр проводили по часовой стрелке или про-

тив, всегда начинали с переднематочного пространства. Далее осматривали матку: оценивали размеры, консистенцию, окраску, подвижность, придатки матки: трубу и яичник, передний и задний листки широкой связки матки, крестцово-маточные связки, брюшину позадиматочного пространства, наличие варикоза вен параметриев, воронко-тазовых связок, мезосальпинксов. При наличии выпота в области дугласова пространства определяли его количество и характер. Придатки с противоположной стороны оценивали аналогичным образом. Средний возраст пациенток составил $33,5 \pm 3,3$ года. Длительность заболевания у больных с аденомиозом определялась с момента установления диагноза и к началу настоящего исследования составила от 1 до 10 лет, в среднем $3,11 \pm 1,14$ года.

Критерий включения: пациентки репродуктивного возраста с диагностированным аденомиозом по данным клинического и ультразвукового исследования. Критерии исключения: пациентки перименопаузального периода, 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 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 и обсуждение

При анализе гинекологического анамнеза установлено, что раннее менархе имело место у 46 (54,7 %) женщин, своевременное — у 22 (26,3 %) и позднее менархе — у 16 (19,0 %). Обращает на себя внимание тот факт, что у 52 (61,9 %) женщин менструации были обильными, у 49 (58,3 %) — болезненными. Полученные данные могут отражать неполноценность функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с периода становления менархе [9, 12, 13].

Количество беременностей у обследованных женщин варьировало от 0 до 8. Беременностей, закончившихся родами, было у 38 (45,2 %), прерывание беременности в раннем сроке — у 52 (61,9 %), во втором триместре — у 24 (28,5 %) женщин. Обращает на себя внимание большая частота осложнений родов и послеродового периода, потребовавших оперативных вмешательств у 32 (38,0 %) больных.

Большинство пациенток с аденомиозом — 76 человек (90,4 %) — имели в анамнезе внутриматочные вмешательства, количество которых составляло от 1 до 6 (в среднем $3,73 \pm 2,56$), и лишь у 8 женщин (9,6 %) внутриматочных вмешательств в анамнезе не было. Первое внутриматочное вмешательство пациентки основной группы перенесли в возрасте

от 18 до 29 лет, в среднем в $20,18 \pm 3,84$ года. Полученные данные, по мнению некоторых исследователей, создают благоприятные условия для инвазии и роста эндометриальных клеток в ткани миометрия с нарушением гистогематического барьера, которые в последующем ведут к формированию и распространению аденомиоза с прогрессированием болевой симптоматики [12–15].

Почти у всех обследованных пациенток доминирующим симптомом заболевания являлась хроническая тазовая боль — 100 %. В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) исследуемые женщины подразделились на три группы: 1-я группа ($n = 20$) — со слабо выраженным болевым синдромом; 2-я группа ($n = 42$) — с умеренно выраженным болевым синдромом; 3-я группа ($n = 22$) — с резко выраженным болевым синдромом. Причем начало болевого синдрома с возраста менархе отметили в 64,3 % случаев, прогрессирующее усиление болей с течением времени — в 35,7 %. На болезненные менструации жаловались почти все женщины с аденомиозом — 81 (96,4 %), на диспареунию — 59 женщин (70,2 %). В подавляющем большинстве случаев пациентки с умеренно и резко выраженными болевыми синдромами (52,1 %) отметили, что постоянные болевые ощущения приводили к снижению половой активности.

Итак, у 49,5 % наблюдалась геморрагическая форма аденомиоза, из них межменструальные кровяные выделения беспокоили в основном женщин из второй (38) и третьей (21) группы. Полименорея встречалась в первой группе у 9, во второй — у 36, в третьей — у 21 женщины. Сочетание одновременно нескольких симптомов, таких как дисменорея, диспареуния и хроническая тазовая боль, отмечали у 68 (80,9 %) исследуемых пациенток ($n = 84$).

На основании проведенного клинико-лабораторного обследования у 44 (52,35 %) исследуемых была выявлена хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия со снижением уровня гемоглобина до 82–110 г/л.

По данным ультразвукового исследования в исследуемой группе у 65,1 % был диффузный аденомиоз, у 34,9 % он сочетался с узловой формой, причем у 16,9 % больных аденоматозный узел был единичный, а у 9,8 % наблюдались множественные аденоматозные узлы.

Эндоскопические критерии аденомиоза: в 18 % случаев матка в положении ретроверзии, застойной окраски, с неровной поверхностью, размерами до 7–8 недель беременности, в 76 % обнаружена «мраморность» поверхности матки, увеличение ее размеров до 12 недель и бугристая поверхность, и лишь в 6 % случаев ее тело имело правильную округлую форму, серозный покров был цианотичного цвета, отмечались эндометриоидные гетеротопии на серозном покрове матки, с признаками спаечного процесса. Спаечный процесс является одним из самых распространенных органических изменений

во время диагностической лапароскопии. Спайки формируются обычно после травмы висцеральной и париетальной брюшины. Ученые в 2007 году выполнили диагностические лапароскопии у 1061 женщины с хронической тазовой болью и пришли к мнению, что наиболее распространенной причиной генеза тазовой боли было наличие тазовых спаек, обнаруженных у 82,5 % больных. Спаечный процесс в полости малого таза различной степени выраженности встречался у 76 (90,4 %) больных, что согласуется с результатами вышеизложенных исследований [13, 15].

У 29 (34,5 %) больных обнаружили узловую форму аденомиоза, которая выражалась локальным выбуханием стенки матки, без четких границ, плотное и не смещаемое при пальпации манипулятором образование, и только лишь у 13 (15,4 %) женщин узловая форма сочеталась с кистозной формой, что визуально выглядело как образование мягкой консистенции. Интраоперационной находкой были субсерозно-интерстициальные миоматозные узлы малого размера у 14 (16,6 %) женщин на фоне диффузной формы аденомиоза, также у 4 (4,7 %) женщин выявили разрывы широкой маточной связки, двусторонние и односторонние повреждения крестцово-маточных связок. Эту видеоскопическую картину верифицировали как синдром Алена — Мастерса. У этих женщин через разрыв брюшины в области травмы пролабировали клубки варикозных вен и извитые маточные артерии, и дополнительно в 19 (22,6 %) наблюдениях обнаружено варикозное изменение вен мезосальпинксов и воронко-тазовых связок. Полученные данные совпадают с исследованиями разных авторов [15].

Учитывая, что эндометриоз нередко скрывается за спайками, чаще в их основании, в нашем наблюдении между спайками заднего листка широкой маточной связки и боковой поверхностью таза у 18 (21,4 %) женщин мы выявили признаки эндометриоидных гетеротопий в яичниках небольших размеров. В 40 % случаев яичники были мелкокистозно изменены, маточные трубы в большинстве случаев без патологических изменений. В 26 % случаев обнаружены признаки хронического сальпингита, случаев грубого воспалительного поражения придатков матки не отмечено. В 43 (51,1 %) случаях обнаружен серозный или серозно-геморрагический выпот от 20 до 60 мл в области дугласового пространства.

Согласно мнению многих исследователей, при локализации очагов эндометриоза на поверхности брюшины информативность лапароскопической диагностики составляет 100 %, частота эндометриоидных гетеротопий тазовой брюшины в нашем случае составляла порядка 64 (76,1 %) [13, 15]. Лапароскопическая диагностика эндометриоза ректовагинальной клетчатки крайне сложна. Данная локализация эндометриоза проявляется скудными визуальными признаками [9, 12, 16]. При пальпации эндоскопиче-

ским манипулятором в проекции глубоко в дугласовом пространстве под внешне нормальной брюшной мы обнаружили у 11 (13,1 %) женщин опухоль, по своему характеру очень похожую на инфильтративный эндометриоз ректовагинальной клетчатки, но оценить глубину инфильтрации (поражения) от окружающих тканей и органов при лапароскопическом осмотре мы не смогли. Следует подчеркнуть, что при глубоком инфильтративном эндометриозе по мере иссечения эндометриоидного инфильтрата становится возможным установить глубину прорастания и степень вовлечения в патологический процесс окружающих тканей.

Выводы

Таким образом, полученные вышеизложенные результаты исследований свидетельствуют о высокой диагностической информативности и ценности лапароскопического метода исследования в установлении генеза тазовой боли, необходимости возможного пересмотра в пользу эндоскопических методов в диагностике пациенток с синдромом хронической тазовой боли, обусловленной аденомиозом, при неэффективности медикаментозной терапии.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Клинико-генетические аспекты аденомиоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // *Акуш. и гинекол.* — 1999. — № 3. — С. 38-43.
2. Савицкий Г.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А. Савицкий, Р.Д. Иванова, И.Ю. Щеглова. — СПб., 1995. — С. 84.
3. Сидорова И.С. Роль факторов роста в патогенезе миомы матки и аденомиоза / И.С. Сидорова, О.В. Рыжова // *Акуш. и гинекол.* — 2002. — № 1. — С. 12-13.
4. Сидорова И.С. Современные патогенетические аспекты аденомиоза / И.С. Сидорова, Н.В. Ардус // *Рос. вест. акушера-гинеколога.* — 2002. — Т. 2, № 3. — С. 26-29.
5. Cheong Y. Management of chronic pelvic pain: evidence from randomized controlled trials / Y. Cheong, W.R. Stones // *Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 8. — P. 32-38.
6. Drozgyik I. Significance of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain / I. Drozgyik, M. Vizer // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2007. — Vol. 133(2). — P. 223-226.
7. Fauconnier A. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications / A. Fauconnier, C. Chapron // *Hum. Reprod. Update.* — 2005. — Vol. 11. — P. 595-606.
8. Howard F.M. Chronic pelvic pain / F.M. Howard // *Obstet. Gynecol.* — 2003. — T. 101(3). — С. 594-611.
9. Laparoscopic evaluation and management of chronic pelvic pain during adolescence / A. Kontoravdis, E. Hassan, D. Hassiakos [et al.] // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 26(2). — P. 76-77.
10. Laparoscopy in chronic pelvic pain — a retrospective clinical study / M. Mara, Z. Fucikova, D. Kuzel [et al.] // *Ceska Gynecol.* — 2002. — Vol. 67(1). — P. 38-46.
11. Prevalence and incidence in primary care of chronic pelvic pain in women: Evidence from a national general practice database / K.T. Zondervan, P.L. Yudkin, M.P. Vessey [et al.] // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* — 1999. — Vol. 106. — P. 1149-1155.
12. Swanton A. Diagnosis, treatment and follow up of women undergoing conscious pain mapping for chronic pelvic pain: a prospective cohort study / A. Swanton, L. Iyer, P.W. Reginald // *BJOG.* — 2006. — Vol. 113. — P. 792-796.
13. The role of laparoscopy for chronic abdominal conditions: an evidence based review / W.S. Richardson, D. Stefanidis, L. Chang [et al.] // *Surg. Endosc.* — 2009. — Vol. 27. — P. 235-246.
14. The role of laparoscopy in the evaluation of Chronic Pelvic Pain / R. Marana, F.V. Paielle, L. Muzii [et al.] // *Minerva. Ginecol.* — 1993. — Vol. 45(6). — P. 281-286.
15. Vincent K. Chronic pelvic pain in women / K. Vincent // *Post. Grad. Med. J.* — 2009. — Vol. 85. — P. 24-29.
16. Wood C. Laparoscopic diagnosis of endometriosis / C. Wood, R. Kuhn, J. Tsaltas // *Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 42(3). — P. 277-280.

Получено 27.11.13 □

Оразов М.Р.

НДІ медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету
ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

ДО ПИТАННЯ ПРО ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ АДЕНОМІОЗУ НА ТЛІ ВИРАЖЕНОГО ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Резюме. Стаття присвячена одній із актуальних проблем клінічної гінекології — проблемі хронічних тазових болів, обумовлених аденоміозом. Діагностика хронічного тазового болю хірургічним шляхом (лапароскопічним доступом) є пріоритетною в даний час, бо мінімально травматична і дозволяє виявити й усунути можливі причини болю, що не діагностуються іншими методами обстеження. У наведене дослідження були включені 84 хворі репродуктивного віку. Показанням до операції послужила неефективність консервативної терапії. У

статті детально описані ендоскопічні патологічні зміни, що могли мати місце в генезі тазового болю. Результати досліджень показали високу діагностичну інформативність і цінність лапароскопії у встановленні генезу тазового болю, необхідність можливого перегляду на користь ендоскопічних методів у діагностиці пациенток із синдромом хронічного тазового болю, зумовленого аденоміозом.

Ключові слова: аденоміоз, хронічний тазовий біль, лапароскопія.

Orazov M.R.

Research Institute of Family Medical Problems of Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

ON THE ENDOSCOPIC CRITERIA FOR ADENOMYOSIS ON THE BACKGROUND OF SEVERE CHRONIC PELVIC PAIN

Summary. Background. The problem of chronic pelvic pain is one of the most important, complex and far not solved problems in gynecology. More than 60 % of women each seeking help to the obstetrician-gynecologist of this problem. Chronic pelvic pain in women is most often a symptom of gynecological than extragenital diseases. Chronic pelvic pain in adenomyosis is secondary pain, having long, and like any visceral pain, rarely localized. Introduction into clinical practice of modern laparoscopic technologies, but also caused by the changes in the therapeutic tactics and technique of operations, have made it necessary to revise existing approaches to some aspects of the diagnosis of pelvic pain.

The aim of the study was to examine the role of endoscopic method in establishing Genesis pelvic pain syndrome in women with adenomyosis.

Material and methods. In the present study included 84 patients of reproductive age who received drug treatment with a diagnosis of adenomyosis. All patients were produced diagnostic laparoscopy main indication which was resistant to the drug therapy of pelvic pain caused by adenomyosis. Laparoscopy was performed under the endotracheal anesthesia at the Trendelenburg position using standard equipment company KARL STORZ. After the creation of pneumoperitoneum 3.0 litres of CO₂ produced examination of pelvic organs.

The results of the study. Endoscopic criteria adenomyosis were: in 18 % of cases the uterus in position retroversio, congestive painting with a rough surface, dimensions up to 7–8 weeks of pregnancy, 76 % of detected marbling surface of the uterus, increasing its size to 12 weeks and uneven surface and only 6 % of cases of a body that had the correct round form, serous cover was cyanotic colors, has been reported endometrioidheterotopy on serous cover the cervix, with signs of adhesions. (on the back of the wall was fused sigmoid colon). Frequency of occurrence of adhesive process in the pelvic cavity of a various degree detected in 76 (90.4 %)

of our patients, which is consistent with the results of the above researchers. 29 (34.5 %) patients found nodular form of adenomyosis, which was expressed by local swelling of the uterine wall, and without clear boundaries, dense and not palpation manipulator, and only 13 (15.4 %) of women nodular form was combined with cystic form, visually looked as education soft consistency. Intraoperative finding was the discovery of a subseros-interstitial myomatous nodes small size of 14 (16.6 %) of women against the background of a diffuse form of adenomyosis, and in 4 (4.7 %) women identified gaps wide uterine ligaments bilateral and unilateral damage sacroiliac ligaments — this videos copy picture verify how syndrome Allen-masters. These women through the rupture of the peritoneum in the field of trauma balls of varicose veins and twisted uterine arteries in addition to 19 (22.6 %) observations detected varicose change veins mezosalpinx and infundibulum-pelvic ligaments. Palpation endoscopic manipulator in the projection deep into Douglas space under outwardly normal брюшиной we found 11 (13.1 %) women tumor nature very similar to infiltrative a recto-vaginal endometriosis tissue, but evaluate the infiltration depth (losses) from the surrounding tissues and organs in laparoscopy examination, we could not. It should be emphasized that scientists Swanton et al., 2008, with a deep endometriosis noted that just as excision of endometrioid infiltration is possible to establish the depth of germination and degree of involving in pathological process of surrounding tissues.

Conclusion. Results of the research testify to the high diagnostic information and values of the laparoscopic method of research in establishing Genesis pelvic pain, and the need of possible revision in favor of endoscopic techniques in the diagnosis of patients with chronic pelvic pain syndrome caused by adenomyosis if not the efficiency of drug therapy.

Key words: adenomyosis, chronic pelvic pain, laparoscopy.