

Сучасні клінічні аспекти аденоміозу

П.М. Прудников

Національна медична академія пілїадипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу. Отримані результати свідчать про наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати в клінічній практиці. Ефективна оцінка отриманих клінічних результатів свідчить про необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

Ключові слова: аденоміоз, клініка.

Незважаючи на вікову історію вивчення різних аспектів проблеми ендометріозу, це захворювання залишається однією з центральних медико-соціальних проблем. Ендометріоз посідає третє місце в структурі гінекологічної захворюваності і його реєструють у понад 50% жінок репродуктивного віку, негативно впливаючи на психоемоційний стан, знижуючи працездатність і репродуктивну функцію [1, 2].

Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання ендометріозом, а також «омолодження» контингенту хворих. Проте точно судити про поширеність цього захворювання важко, оскільки немає чітких статистичних даних [3, 4].

Останніми роками генітальний внутрішній ендометріоз тіла матки (аденоміоз) прийнято розглядати як особливе захворювання, яке суттєво відрізняється від зовнішнього ендометріозу за патогенезом, епідеміологією і клінічною картиною [5–7].

Частота аденоміозу в структурі генітального ендометріозу досягає 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз аденоміоз можна встановити в кращому випадку в 50% спостережень, в 75% спостережень діагноз не встановлюють, в 35% спостерігається гіпердіагностика [1, 7]. Це пов'язано з тим, що етіологія і патогенетичні механізми, відповідальні за розвиток аденоміозу, до сьогодні недостатньо детально вивчені і для коректної діагностики потрібний гістопатологічний висновок після видалення матки.

Незважаючи на значне число наукових досліджень з проблеми аденоміозу, не можна вважати питання повністю вивченими, особливо в аспекті сучасної клінічної картини даної патології.

Мета дослідження: вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження було проведено обстеження 170 пацієнток, з яких 120 – хворі на аденоміоз різного ступеня активності і поширеності – основна група.

Контрольну групу склали 50 пацієнток репродуктивного і пременопаузального віку без аденоміозу, які піддалися гістеректомії з подальшим патоморфологічним дослідженням тіла матки з приводу пролапсу статевих органів.

Для підвищення специфічності дослідження хворі на аденоміоз у поєднанні з міомою матки і гіперплазією ендометрія з дослідження були виключені. Дані захворювання часто поєднуються, тому для виявлення дійсних аспектів патогенезу аденоміозу, а також з метою диференціальної діагностики доброякісних захворювань тіла матки, було вирішено вивчати хворих на аденоміоз без супутньої гінекологічної патології.

В основній групі аденоміоз був діагностований клінічно з використанням додаткових методів обстеження. Діагностику поширення проводили на підставі даних вагінального дотримання (динаміка розмірів, форми, консистенції матки протягом циклу), гістероскопічних, ультразвукових критеріїв і даних патоморфологічного дослідження. 36 (30%) зі 120 пацієнток з аденоміозом піддалися радикальному оперативному лікуванню – видаленню матки.

Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для аденоміозу, всі досліджені пацієнтки з аденоміозом (n=120) умовно було розділено на 2 клінічні групи: I групу склали 76 пацієнток з клінічно «активним» аденоміозом; II групу – 44 пацієнтки з клінічно «неактивним» аденоміозом. III групу склали 50 пацієнток без аденоміозу (контроль).

Для визначення форм клінічної активності проводили оцінювання найбільш поширених клінічних проявів аденоміозу – болювого синдрому і гіперполіменореї.

Пацієнток з помірним і сильним болем і пацієнток з гіперполіменореєю у поєднанні з анемією середнього і важкого ступеня відносили до I групи хворих з клінічно активним проявом захворювання. Хворих зі слабким болем, відсутністю анемії або гіперполіменореєю у поєднанні з анемією легкого ступеня відносили до II групи пацієнток, з клінічно неактивним перебігом аденоміозу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогодні на підставі аналізу результатів обстеження і лікування 120 хворих на аденоміоз і 50 пацієнток без аденоміозу узагальнені дані про патогенез, особливості клінічного перебігу і діагностики даного захворювання.

У наших спостереженнях вік пацієнток з аденоміозом варіював в широких межах – 26–50 років, склавши в середньому $39,5 \pm 5,7$ року: у групі пацієнток з «активним» аденоміозом середній вік склав $40,8 \pm 5,2$ року, в групі пацієнток з «неактивним» аденоміозом – $38,2 \pm 4,7$ року, без достовірних відмінностей між групами, що підтверджує дані про те, що в останні роки аденоміоз частіше зустрічається в молодшому віці [1, 2].

У нашому дослідженні вік менархе склав $11,7 \pm 1,4$ року (достовірного зв'язку між віком менархе і активністю перебігу аденоміозу виявлено не було), що істотно не відрізняється від даних популяцій ($12,2 \pm 1,54$ року). Далеко не всі дослідники погоджуються з такою точкою зору, вважаючи пізні настання менархе чинником ризику розвитку аденоміозу. У той самий час, за даними низки авторів [3, 4], більш швидке раннє менархе з укороченим циклом, тривалими і рясними менструаціями і, отже, більшою експозицією порожнини матки і малого таза ретроградною менструальною кров'ю, є чинником ризику ендометріозу будь-якої локалізації.

У нашому дослідженні порушення менструального циклу спостерігалися в 92,5% хворих. Так, дисменорея (100%), гіперполіменорея (73,7%) і перименструальні мажучі кров'яністі виділення (93,4%) достовірно частіше фіксувалися в групі хворих на «активний» аденоміоз ($p < 0,05$). Гіперменорея практично з однаковою частотою спостеріга-

лася в обох групах (26,3% і 22,7%). Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Наша думка збігається з даними низки авторів про те, що об'єм і тривалість менструації може бути сприятливим чинником імплантації ендометріюклітин, проте такі чинники, як спадкова схильність і порушення загального і локального імунітету, мають пріоритетне значення в розвитку аденоміозу [5, 6]. Заслугує на увагу високий ступінь обтяженого репродуктивного анамнезу у хворих на аденоміоз, особливо в групі з «активним» аденоміозом ($p < 0,05$). Більшість пацієнок з аденоміозом мали в анамнезі від 2 до 8 штучних абортів (55%), ускладнених запальними процесами (23,3%), а також лікувально-діагностичні вискобловання (59,2%).

В обстежених нами хворих спостерігається висока частота хронічних сальпінгофоритів і ендометритів в анамнезі – 51,6%; у популяції в середньому частота даних захворювань складає 37,2%. Виявлені дані підтверджують думку, згідно з якою внутрішньоматковий втручання є чинниками ризику розвитку аденоміозу. Низка авторів вважають, що сприятливі умови для інвазії і зростання ендометріальних клітин в міометрії створюють нейродистрофічні зміни в зоні гістобіологічного бар'єра, що виникають в результаті димолітичних і десмопластичних процесів у слизовій оболонці, сполучній і м'язовій тканині, що формуються в результаті запалення [7].

Частота безпліддя у хворих на ендометріоз коливається від 25% до 60%.

Ендометріоз посідає друге місце серед причин безпліддя після запальних захворювань органів малого таза [1]. За нашими даними, безпліддя було виявлене в 47,5% хворих на аденоміоз і достовірно частіше при «активному» аденоміозі ($p < 0,05$), причому в 23,3% – первинне, а в 24,2% – вторинне, яке виникало, як правило, після значного числа абортів.

При вивченні родинного анамнезу встановлено, що 45% пацієнок мали обтяжену спадковість відносно захворювань статевих органів, фіброзно-кістозної мастопатії (30,8%), пухлин екстрагенітальної локалізації (18,3%), ендокринопатій – захворювання щитоподібної залози, цукрового діабету, ожиріння (28,3%).

Вивчення преморбідного фону зі зверненням особливої уваги на захворювання в дитинстві, перенесені у минулому і супутні в даний час виявило, що індекс здоров'я обстежених хворих на аденоміоз був достовірно низьким.

При вивченні даних анамнезу було встановлено, що хворі на аденоміоз в дитинстві перенесли низку інфекційних захворювань – 89 (74,2%) випадків проти 14 (28%) в контрольній групі ($p < 0,05$). Число хворих на аденоміоз, що перенесли дитячі інфекції, склало 67 (55,8%), часті гострі респіраторні захворювання – 72 (60%).

Велике значення в генезі аденоміозу мають і хронічні соматичні захворювання. Як свідчать результати з аналізу клініко-анамнестичних даних, у пацієнок з аденоміозом спостерігається значна частота хронічних захворювань. Так, обмінно-ендокринні порушення у хворих на аденоміоз зустрічалися найчастіше – в 23,3% випадків, на другому місці були захворювання травного тракту – 20%; далі – хронічні хвороби органів дихання – 17,5%, серцево-судинні захворювання – 12,5%, патологія сечовидільної системи спостерігалася в анамнезі в 9,2% хворих.

Алергійні реакції до лікарських препаратів і різних побутових чинників мали місце у 22,5% пацієнок, що побічно може свідчити про порушення імунного гомеостазу. У частини хворих було декілька наведених вище захворювань. Залежно від ступеня активності перебігу аденоміозу кількість пацієнок з виявленою екстрагенітальною патологією зростала, складаючи 34,1% – при «неактивному» аденоміозі і 51,3% – при «активному» аденоміозі.

Аналіз власних результатів клінічного перебігу аденоміозу у пацієнок не підтвердив достовірних відмінностей у віці, часі настання менархе, кількості пологів і спадковості залежно від міри активності перебігу аденоміозу ($p > 0,05$).

Достовірними відмінностями в двох групах хворих з «активним» і «неактивним» аденоміозом характеризувалися – обтяжений гінекологічний і соматичний анамнез, що виявлялося нижчим індексом здоров'я хворих «активний» аденоміоз.

Таким чином, запальні процеси статевих органів і оперативні втручання на матці мають велике значення в патогенезі аденоміозу. Підтвердженням цього є дослідження, які доводять, що вагітність часто спричинює інгібувальну дію на ендометріюклітинну вогнища, а аборти і ускладнені пологи погіршують перебіг аденоміозу.

Окрім цього, високий інфекційний індекс і супутні екстрагенітальні захворювання також є характерними для аденоміозу. Можливо, дані захворювання безпосередньо не впливають на розвиток аденоміозу, але зниження стійкості організму до чинників зовнішнього середовища є фоном до формування стійких метаболічних порушень і ослаблення імунної системи. Ці зміни не носять специфічного характеру, оскільки, за даними низки авторів, аналогічні особливості захворюваності і інфекційного індексу виявляють і у хворих з міомою матки, гіперплазією ендометрію тощо [6, 7].

Пропонована сучасна концепція патогенезу гормонзалежних захворювань репродуктивної системи жінок розглядає подібні процеси з точки зору місцевих і загальних морфофункціональних і ендокринних порушень і виникнення «порочного кола» в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі на тлі імунodefіциту.

Аналіз тривалості захворювання аденоміозом залежно від моменту початкових клінічних проявів до першої госпіталізації дозволив виявити, що при «активному» аденоміозі тривалість даного періоду більш ніж в 50% хворих склала 1–3 роки, а при «неактивному» аденоміозі – 4–8 років, тобто для «активного» аденоміозу характерна менша тривалість захворювання з моменту перших симптомів до госпіталізації і відповідно швидкий прогрес процесу.

Наші результати, засновані на зіставленні клінічної картини аденоміозу з даними патоморфологічного дослідження, узгоджуються з даними інших авторів і підтверджують, що патогномонічні прояви аденоміозу характерні для 2–4-ї стадії дифузної форми, а також для вузлової форми. Для дифузної аденоміозу 1-ї стадії не характерна наявність типових клінічних проявів (дисменорея, гіперполіменорея тощо), проте він може поєднуватися з безпліддям I або II стадії, можливо, бути його причиною [1, 2].

За даними низки авторів, клінічний діагноз «аденоміоз» збігається з гістологічним лише в 25–65% випадків; має місце як гіпер-, так і гіподіагностика аденоміозу, що визначають помилкову тактику ведення і прогноз [3, 4].

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена їхня значна різноманітність. Так, зі 120 хворих в 49% цей діагноз був установлений правильно, у 18% аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, в 11% – за гіперплазію і поліпи ендометрія, в 7% – за дисфункціональні маткові кровотечі; в 3% – за цистоаденому яєчника. 9% хворих тривалий час обстежувалися і лікувалися у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

Таким чином, на підставі клініко-анамнестичних даних і результатів гінекологічного обстеження аденоміоз було запідозрено в 95 хворих, з них підтверджено – в 56 випадках. Частка псевдопозитивних результатів склала 41%. У той самий час зі 120 пацієнок з підтвердженим аденоміозом до клінічного діагнозу дана патологія була винесена в 62, тобто

частка псевдонегативних результатів склала 48%, чутливість методу – 51,7% і специфічність – 59%.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу.

Современные клинические аспекты аденомиоза

П.М. Прудников

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения современных клинических аспектов аденомиоза. Полученные результаты свидетельствуют о наличии нескольких форм данной патологии, которые необходимо учитывать в клинической практике. Эффективная оценка полученных клинических результатов свидетельствует о необходимости усовершенствования существующего алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с аденомиозом.

Ключевые слова: аденомиоз, клиника.

Отримані результати свідчать про наявність декількох форм даної патології, які необхідно враховувати в клінічній практиці. Ефективне оцінювання отриманих клінічних результатів свідчить про необхідність удосконалення існуючого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з аденоміозом.

Modern clinical aspects of ademyose

P.M. Prudnikov

Results of the spent researches testify to an urgency of studying of modern clinical aspects of ademyose. The received results specify in presence of several forms of the given pathology which are necessary for considering in clinical to practice. The effective estimation of the received clinical results specifies in necessity of improvement of existing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at patients with ademyose.

Key words: ademyose, clinic.

Сведения об авторе

Прудников Павел Михайлович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (068) 541-03-80. E-mail: p.prudnikov@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 1997. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.
5. Беженарь В.Ф., Повзун С.А., Фридман Д.Б. Анализ эффективности способов получения биоптатов для гистологической верификации аденомиозу // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LIV. – Вып. 4. – С. 37–39.
6. Сорокина А.В., Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р. Современные подходы к диагностике аденомиоза // Вестник РУДН, Серия Медицина, Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 181–191.
7. Радзинский В.Е., Сорокина А.В., Жилина Н.В. Иммунологические детерминанты аденомиоза с позиции доказательной медицины // Вестник РУДН, Серия Медицина Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 138–145.

Статья поступила в редакцию 23.05.2014