

Клінічні аспекти аденоміозу у жінок різних вікових груп

О. Д. Лещова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
Дніпровський медичний інститут

Мета дослідження: вивчення сучасних клінічних аспектів аденоміозу.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 170 пацієнток, з яких 120 – хворі на аденоміоз різного ступеня активності і поширеності (основна група). До контрольної групи увійшли 50 пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку без аденоміозу, які піддалися гістеректомії з подальшим патоморфологічним дослідженням тіла матки з приводу пролапсу геніталій. До комплексу методів досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, морфологічні та статистичні.

Результати. У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена їх значна різноманітність. Так, із 120 хворих у 49% цей діагноз був встановлено правильно, у 18% аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, в 11% – за гіперплазію і поліпи ендометрія, у 7% – за дисфункціональні маткові кровотечі, у 3% – за цистоаденому яєчника. Також 9% хворих тривалий час обстежувалися і лікувалися у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо. На підставі клініко-анамнестичних даних і результатів гінекологічного обстеження аденоміоз був запідозрений у 95 хворих, з них підтверджений у 56 випадках. Частка псевдопозитивних результатів становила 41%. Водночас із 120 пацієнток з підтвердженим аденоміозом у клінічний діагноз ця патологія була винесена у 62, тобто частка псевдонегативних результатів становила 48%, чутливість методу – 51,7% і специфічність – 59%.

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

Ключові слова: аденоміоз, клініка, різний вік.

Незважаючи на вікову історію вивчення різних аспектів проблеми ендометріозу, це захворювання залишається однією з центральних медико-соціальних проблем. Ендометріоз стоїть на третьому місці у структурі гінекологічної захворюваності і уражає понад 50% жінок у репродуктивному віці, негативно впливаючи на психоемоційний стан, знижуючи працездатність і репродуктивну функцію [1, 2].

Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання ендометріозом, а також «омолоджування» 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, 6].

Питома частота аденоміозу у структурі генітального ендометріозу досягає 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз аденоміозу може бути встановлений у 50% спостережень, у 75% випадків діагноз не встановлюється, у 35% спостерігається гіпердіагностика [7, 8]. Це пов'язано з тим, що етіологія і патогенетичні механізми, відповідалі за розвиток аденоміозу, досі 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 цієї 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).

До контрольної групи увійшли 50 пацієнток репродуктивного і пременопаузального віку без аденоміозу, які піддалися гістеректомії з подальшим патоморфологічним дослідженням тіла матки з приводу пролапсу геніталій.

Для підвищення специфічності дослідження хворі на аденоміоз у поєднанні з міомою матки і гіперплазією ендометрія з дослідження були виключені.

Ці захворювання часто поєднуються, тому для виявлення дійсних аспектів патогенезу аденоміозу, а також з метою диференціальної діагностики доброякісних захворювань тіла матки було вирішено обстежувати хворих на аденоміоз без супутньої гінекологічної патології.

У основній групі аденоміоз був діагностований клінічно з використанням додаткових методів обстеження. Діагностика поширення проводилася на підставі даних вагінального дотримання (динаміка розмірів, форми, консистенції матки протягом циклу), гістероскопічних, ультразвукових критеріїв і даних патоморфологічного дослідження. Радикальне оперативне лікування (видалення матки) виконано 36 (30%) із 120 пацієнток з аденоміозом.

Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для аденоміозу, усі досліджені пацієнтки з аденоміозом (n=120) умовно були розподілені на дві клінічних групи:

I група – 76 пацієнток з клінічно «активним» аденоміозом.

II група – 44 пацієнтки з клінічно «неактивним» аденоміозом.

До III групи (контрольної) було включено 50 пацієнток без аденоміозу.

Для визначення форм клінічної активності оцінювали найбільш поширені клінічні прояви аденоміозу – больовий синдром і гіперполіменорею.

Пацієнток з помірним і сильним боєм і пацієнток з гіперполіменореєю у поєднанні з анемією середнього і важкого ступеня відносили до I групи хворих з клінічно активним проявом захворювання. Пацієнток із слабким боєм, 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

У результаті дослідження на підставі аналізу результатів обстеження і лікування 120 хворих аденоміозом і 50 пацієнток без аденоміозу були узагальнені дані про патогенез, особливості клінічного перебігу і діагностики цього захворювання.

У наших спостереженнях вік пацієнток з аденоміозом варіював в широких межах – від 26 до 50 років (у середньому – $39,5 \pm 5,7$ року): у групі пацієнток з «активним» аденоміозом середній вік становив $40,8 \pm 5,2$ років, у групі пацієнток з «неактивним» аденоміозом – $38,2 \pm 4,7$ року. Достовірних відмінностей між групами не зафіксовано, що підтверджує дані про те, що в останні роки аденоміоз частіше зустрічається у молодшому віці [9, 10].

Вік менархе становив $11,7 \pm 1,4$ року (достовірного взаємозв'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 пізнє настання менархе чинником ризику розвитку аденоміозу. Водночас за даними низки авторів [11, 12], швидше 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 у 92,5% хворих. Так, дисменорея (100%), гіперполіменорея (73,7%) і перименструальні кров'яні виділення, що маються, (93,4%) достовірно частіше фіксувалися в групі хворих «активним» аденоміозом ($p < 0,05$). Гіперменорея практично з однаковою частотою спостерігалася в обох групах (26,3% і 22,7%). Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все – гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи.

Наша думка збігається з даними низки авторів про те, що обсяг і тривалість менструації може бути сприяючим чинником імплантації ендометріюїдних клітин. Проте такі чинники, як спадкова схильність і порушення загального і локального імунітету, мають пріоритетне значення в розвитку аденоміозу [13, 14]. Заслугує на увагу високий ступінь обтяженого репродуктивного анамнезу у хворих на аденоміоз, особливо у групі з «активним» аденоміозом ($p < 0,05$). Більшість пацієнток з аденоміозом мали в анамнезі від 2 до 8 штучних абортів (55%), ускладнених запальними процесами (23,3%), а також лікувально-діагностичні вискоблювання (59,2%).

У пацієнток зафіксовано високу частоту хронічних сальпінгоофоритів і ендометритів в анамнезі – 51,6%; у популяції в середньому частота даних захворювань становить 37,2%. Результати дослідження підтверджують думку, згідно з якою внутрішньоматкові втручання є чинниками ризику розвитку аденоміозу. Низка авторів вважають, що сприяє умови для інвазії і росту 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 незрідка формуються у результаті запалення [15].

Слід зазначити, що 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, 2]. За нашими даними, безпліддя було виявлене у 47,5% хворих аденоміозом і достовірно частіше при «активному» аденоміозу ($p < 0,05$), причому у 23,3% – первинне, а в 24,2% – вторинне, яке виникало зазвичай після значного числа абортів.

При вивченні родинного анамнезу встановлено, що 45% пацієнток мали обтяжену спадковість щодо захворювань статевих органів, фіброзно-кістозної мастопатії.

тії (30,8%), пухлин екстрагенітальної локалізації (18,3%), ендокринопатій – захворювання щитоподібної залози, цукрового діабету, ожиріння (28,3%).

Вивчення преморбідного фону, особлива увага на захворюваність в дитинстві, перенесені у минулому і супутні на сьогодні захворювання свідчать, що індекс здоров'я обстежених хворих на аденоміоз був достовірно низьким.

При вивченні даних анамнезу було встановлено, що пацієнтки з аденоміозом 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, становило 67 (55,8%), часті гострі респіраторні захворювання – 72 (60%).

Велике значення в генезі аденоміозу відіграють і хронічні соматичні захворювання. Аналіз клініко-анамнестичних даних свідчить, у пацієнток з аденоміозом наголошується значна частота хронічних захворювань. Так, обмінно-ендокринні порушення у хворих на аденоміоз зустрічалися найчастіше – у 23,3% випадків, на другому місці були виявлені 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.

Алергічні реакції до лікарських препаратів і різних побутових чинників мали 22,5% пацієнток, що побічно може вказувати на порушення імунного гомеостазу. У частини хворих було декілька зазначених вище захворювань. Залежно від ступеня активності перебігу аденоміозу кількість пацієнток з виявленою екстрагенітальною патологією зростала, становлячи 34,1% при «неактивному» аденоміозі і 51,3% – при «активному» аденоміозі.

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

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

Отже, запальні процеси статевих органів і оперативні втручання на матці мають велике значення в патогенезі аденоміозу. Підтвердженням цьому є дослідження, які доводять, що вагітність часто надає дію, що інгібує, на ендометріюідні вогнища, а аборти і ускладнені пологи погіршують перебіг аденоміозу.

Окрім цього, високий інфекційний індекс і супутні екстрагенітальні захворювання також є характерними рисами 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 й інфекційного індексу виявляють і у пацієнток з міомою матки, гіперплазією ендометрія тощо [3, 4].

Запропонована сучасна концепція патогенезу гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінок розглядає подібні процеси з погляду місцевих і загальних морфофункціональних і ендокринних порушень і появою «порочного кола» в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі на тлі імунodefіциту.

Аналіз тривалості захворювання аденоміозом залежності від моменту початкових клінічних проявів до першої госпіталізації дозволив виявити, що при «активному» аденоміозі тривалість даного періоду більш ніж в 50% хворих становила 1–3

роки, а при «неактивному» аденоміозі – 4–8 років. Отже, для «активного» аденоміозу характерна менша тривалість захворювання з моменту перших симптомів до госпіталізації і відповідно швидкий прогрес процесу.

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 стадії дифузної форми, а також для вузлової форми. Для дифузного аденоміозу 1 стадії не характерна наявність типових клінічних проявів (дисменорея, гіперполіменорея тощо), проте він може поєднуватися з безпліддям I або II і, можливо, бути його причиною [5, 6].

За даними низки авторів, клінічний діагноз аденоміозу збігається з гістологічним лише в 25–65% випадків; має місце як гіпер-, так і гіподіагностика аденоміозу, що визначають помилкову тактику ведення і прогноз [7, 8].

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

Отже, на підставі клініко-анамнестичних даних і результатів гінекологічного обстеження аденоміоз був запідозрений у 95 хворих, з них підтверджений – у 56 випадках. Частка псевдонегативних результатів становила 41%. Водночас із 120 пацієнток з підтвердженим аденоміозом, у клінічний діагноз ця патологія була винесена у 62 хворих, тобто частка псевдонегативних результатів становила 48%, чутливість методу – 51,7% і специфічність – 59%.

ВИСНОВКИ

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

The women of the different age-related groups have clinical aspects of adenomyosis O. D. Leshchova

The objective: study of modern clinical aspects of adenomyosis.

Materials and methods. An inspection was conducted 170 patients, from what 120 are patients of adenomyosis of different degree of activity and prevalence - basic group. A control group was made by 50 patients reproductive and premenopausal age without adenomyosis, which was added hysterectomy with subsequent pathomorphological research of body of uterus concerning pelvic organ prolapse. To the complex of methods of researches were included clinical, laboratory, instrumental, morphological and statistical.

Results. As a result of analysis of previous diagnoses on the prehospital stage for the patients of adenomyosis was discovered them considerable heterogeneity. From 120 patients in 49% this diagnosis was put correctly, in 18% adenomyosis by mistake was accepted for a hysteromyoma, in 11% – for hyperplasia and endometrial polyps, in 7% – after dysfunctional uterine bleeding;

in 3% - at a ovarian cystadenoma. 9% patients long time inspected and treated oneself for a neurologist, gastroenterologist, internist with suspicion on hernia of disk, osteochondrosis, colitis, adhesive process and others like that.

On the basis of clinical-and-anamnestic information and results of gynaecological inspection of adenomyosis was suspected in 95 patients, from them confirmed - in 56 cases. A part of pseudo-positive results was 41%. At the same time from 120 patients with confirmed adenomyosis, in a clinical diagnosis this pathology was taken away in 62, that part of pseudo-negative results was 48%, test-sensitivity – 51,7% and specificity – 59%.

Conclusions. The got results specify in the presence of a few forms of this pathology, which must be taken into account in clinical to practice. The effective estimation of the got clinical results specifies on the necessity of improvement of existent algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures for patients from adenomyosis.

Keywords: *adenomyosis, clinic, different age.*

Відомості про автора

Лещова Ольга Дмитрівна – д-р філософії; асистент кафедри клінічних дисциплін, Дніпровський медичний інститут. *E-mail: doctorolga 11@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6496-7307

Information about the author

Leshchova Olga D. – Ph.D., assistant of department of clinical disciplines of the Dnepr medical institute. *E-mail: doctorolga 11@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6496-7307

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- McQueen D., 2021. Intersectoral governance for health in all policies / D. McQueen [et al.]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: 221.
- Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report. – WHO and the International Bank for Reconstruction and Development: 88.
- Froeling V., 2020. Change in health-related quality of life and change in clinical symptoms after uterine artery embolization in patients with symptomatic adenomyosis uteri – evaluation using a standardized questionnaire // *Rofo.*:184 (1): 48-52.
- Johnson N., 2021. Consensus on current management of endometriosis // *Hum Reprod.*: 28: 1552-1568.
- Huhtinen K., 2022. Pathogenesis of endometriosis // *Duodecim.*: 127: 17: 1827-1835.
- Baraňao R.I., 2019. Thinking about Endometriosis / R.I. Baraňao // *SAEGRE Magazine.*: XXII: 1: 6-9.
- Jacobsen L.J., 2022. Results of conventional and hysteroscopic surgery // *Human Reproduction.*: 12: 1376-1381.
- Gordts S., 2021. Pathogenesis of deep endometriosis // *Fertil Steril.*: 108 (6): 872-885.
- Duffy J.M., 2022. Laparoscopic surgery for endometriosis // *Cochrane Database Syst Rev.*: 4-8.
- Nezhat C., 2020. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments // *Fertility and Sterility*: 98: 6: S1-S62.
- Hammad A.E., 2022. Women and health security // *Wld Hlth Statist. Quart.*: 49: 2: 74-77.
- ACOG Practice Bulletin №114., 2018. Management of endometriosis // *Obstet Gynecol.*: 116: 223-236.
- Acien P., 2023. Endometriosis: a disease that remains enigmatic // *ISSRN Obstet Gynecol.*: 2-13.
- Juang C.M., 2020. Adenomyosis and risk of preterm delivery // *BJOG.*: 114: 2: 165-169.
- Benagiano G., 2022. Adenomyosis and endometriosis have a common origin // *The J. of Obstet. and Gynecol. of India.*: 61: 2: 146–152.