

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-04.1-13
УДК 618.14-006.55-036-071.1

Клініко-анамнестичні особливості аденоміозу та поєднаної патології матки

С. С. Сендецький

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

Мета дослідження: вивчити роль клініко-анамнестичних даних у розвитку та перебігу аденоміозу на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 110 пацієнток. До основної групи увійшли 60 пацієнток з аденоміозом різного ступеня активності та поширеності. Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для аденоміозу, всі досліджені умовно були розподілені на дві клінічні підгрупи: 1.1 – 38 пацієнток з клінічно «активним» аденоміозом; 1.2 – 22 пацієнтки з клінічно «неактивним» аденоміозом. До контрольної групи включено 50 пацієнток репродуктивного та перименопаузального віку без аденоміозу.

Результати. В результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена значна різноманітність встановлених діагнозів. Так, із 60 хворих у 30 (50%) жінок цей діагноз був встановлений правильно, в 11 (18,3%) пацієнток аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, у 7 (11,7%) – за гіперплазію та поліпи ендометрія, у 4 (6,7%) – за дисфункціональні маткові кровотечі, у 2 (3,3%) – за цистоаденому яєчника. Шість (9%) хворих тривалий час проходили обстеження та лікування у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

Висновки. На підставі клініко-анамнестичних даних та результатів гінекологічного обстеження аденоміоз було запідозрено у 48 хворих, з них підтверджено – у 28. Частка хибнопозитивних результатів становила 41%. Проте із 60 пацієнток з підтвердженим аденоміозом у клінічний діагноз ця патологія була винесена у 31. Отже, частка хибнонегативних результатів становила 48%. Чутливість методу становила 51,7%, специфічність – 59%.

Отримані результати необхідно враховувати при проведенні ранньої діагностики та прогнозуванні аденоміозу.

Ключові слова: аденоміоз, поєднана патологія матки, клініка, анамнез, діагностика.

Останнім часом генітальний внутрішній ендометріоз тіла матки (аденоміоз – АМ) прийнято розглядати як особливе захворювання, що істотно відрізняється від зовнішнього ендометріозу за патогенезом, епідеміологією та клінічною картиною [1–5].

Питома частота АМ у структурі генітального ендометріозу становить 70–90%. На підставі клінічних проявів діагноз аденоміозу може бути встановлений принаймні у 50% спостережень, у 75% випадків діагноз не встановлюється, у 35% спостерігається гіпердіагностика [6–10]. Це пов'язано з тим, що етіологія та патогенетичні

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

механізми, що відповідають за розвиток АМ, досі недостатньо детально вивчені, а після видалення матки для коректної діагностики необхідна наявність гістопатологічного висновку [11–15].

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам АМ, досі нез'ясована роль клініко-анамнестичних даних у розвитку та перебігу АМ.

Мета дослідження: вивчити роль клініко-анамнестичних даних у розвитку та перебігу АМ на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження було проведено обстеження 110 пацієнток, яких було розподілено на групи:

- основна група – 60 пацієнток, хворих на аденоміоз різного ступеня активності та поширеності;
- контрольна група – 50 пацієнток репродуктивного та перименопаузального віку без АМ.

Залежно від ступеня вираженості основних клінічних проявів, характерних для АМ, усіх учасниць дослідження з АМ (n=60) умовно було розділено на дві клінічні підгрупи:

- 1.1 підгрупа – 38 пацієнток з клінічно «активним» АМ,
- 1.2 підгрупа – 22 пацієнтки з клінічно «неактивним» АМ.

Для визначення форм клінічної активності проводили оцінювання найбільш поширених клінічних проявів АМ: вираженості больового синдрому та гіперполіменореї.

До підгрупи 1.1 (пацієнтки з клінічно активним проявом захворювання) включено жінок з помірно вираженим та сильним болем, а також пацієнток з гіперполіменореєю у поєднанні з анемією середнього та важкого ступеня.

До підгрупи 1.2 (пацієнтки з клінічно неактивним перебігом АМ) увійшли хворі з незначним болем, відсутністю анемії або гіперполіменореї у поєднанні з анемією легкого ступеня.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У наших спостереженнях вік пацієнток з АМ варіював в широких межах – 26–50 років (у середньому – $39,5 \pm 5,7$ року). У підгрупі пацієнток з «активним» АМ середній вік становив $40,8 \pm 5,2$ року, у підгрупі пацієнток з «неактивним» АМ – $38,2 \pm 4,7$ року без достовірних відмінностей між групами. Це підтверджує дані про те, що останніми роками АМ частіше зустрічається у жінок більш молодого віку [5–7].

На думку низки авторів, вік настання менархе не є визначальним при АМ [3, 5]. У нашому дослідженні вік настання менархе становив $11,7 \pm 1,4$ року (достовірного взаємозв'язку між віком настання менархе та активністю перебігу АМ виявлено не було), що істотно не відрізняється від популяційних даних ($12,2 \pm 1,54$ року). Далеко не всі дослідники погоджуються з цим, вважаючи більш пізнє настання менархе фактором ризику розвитку АМ. Водночас за іншими даними [1, 2], настання раннього менархе зі скороченим циклом, тривалими і рясними менструаціями і, отже, більшою експозицією порожнини матки та малого таза ретроградною менструальною кров'ю, є фактором ризику виникнення ендометріозу будь-якої локалізації.

У цьому дослідженні порушення менструального циклу спостерігали у 92,5% хворих. Так, дисменорею (100%), гіперполіменорею (73,7%) та перименструальні кров'яністі виділення (93,4%) достовірно частіше фіксували у групі хворих з «активним» АМ ($p < 0,05$). Гіперменорею практично з однаковою частотою спостерігали в обох групах (26,3% та 22,7% відповідно). Ці дані свідчать про не-

повноцінність механізмів регуляції менструального циклу, насамперед системи гіпоталамус–гіпофіз–яєчники.

Наша думка збігається з даними низки авторів про те, що обсяг і тривалість менструації може бути фактором імплантації ендометріюїдних клітин, проте такі фактори, як спадкова схильність та порушення загального й локального імунітету мають пріоритетне значення в розвитку АМ [3, 7]. Слід зазначити високий ступінь обтяженості репродуктивного анамнезу у хворих на аденоміоз, особливо у групі з «активним» АМ ($p < 0,05$). Більшість пацієнток з АМ мали в анамнезі від 2 до 8 штучних абортів (55%), ускладнених процесами запалення (23,3%), а також лікувально-діагностичні вискоблювання (59,2%).

В обстежених нами хворих відзначено високу частоту виникнення хронічних сальпінгоофоритів та ендометритів в анамнезі – 51,6%; у популяції в середньому частота даних захворювань становить 37,2%. Виявлені дані підтверджують думку, згідно з якою внутрішньоматкові втручання є факторами ризику розвитку АМ. Низка авторів вважають, що сприятливі умови для інвазії та росту ендометріальних клітин в міометрії спричинюють нейродистрофічні зміни в зоні гістобіологічного бар'єра, що виникають внаслідок димолітичних та десмопластичних процесів слизової оболонки, сполучної та м'язової тканин й нерідко – внаслідок запалення [1, 3, 7].

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

Серед факторів виникнення безпліддя ендометріоз посідає друге місце після запальних захворювань органів малого таза [2, 5]. За нашими даними, безпліддя було виявлено у 47,5% хворих з АМ. Причому достовірно частіше воно виникало при «активному» АМ ($p < 0,05$): у 23,3% – первинне, а у 24,2% – вторинне безпліддя, що виникало зазвичай після значної кількості абортів.

При вивченні сімейного анамнезу встановлено, що 45% пацієнток мали обтяжену спадковість щодо захворювань статевих органів, фіброзно-кістозної мастопатії (30,8%), пухлин екстрагенітальної локалізації (18,3%), ендокринопатій – захворювання щитоподібної залози, цукровий діабет, ожиріння (28,3%).

Вивчення преморбідного фону з акцентуванням уваги на захворюваність в дитинстві, перенесені в минулому та наявні на сьогодні захворювання виявило, що індекс здоров'я обстежених хворих на АМ був достовірно низьким.

При вивченні даних анамнезу було встановлено, що хворі на АМ перенесли низку інфекційних захворювань в дитинстві – 74,2% проти 28,0% випадків у контрольній групі ($p < 0,05$). Кількість хворих на АМ, які перенесли дитячі інфекційні захворювання, становила 55,8%, часті гострі респіраторні захворювання – 60,0%.

Велике значення в генезі АМ мають і хронічні соматичні захворювання. Як свідчить аналіз клініко-анамнестичних даних, у пацієнток з АМ відзначено значну частоту виникнення хронічних захворювань. Так, обмінно-ендокринні порушення у хворих на АМ зустрічалися найчастіше – у 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 (9,2%). Алергічні реакції до лікарських препаратів та різних побутових факторів мали 22,5% пацієнток, що може побічно свідчити про порушення імунного гомеостазу.

У частини хворих було декілька з наведених вище захворювань. Залежно від ступеня активності перебігу АМ кількість пацієнток з виявленою екстрагенітальною патологією зростала, становлячи 34,1% випадків при «неактивному» АМ та 51,3% – при «активному» АМ.

Аналіз власних результатів клінічного перебігу АМ у пацієнток не підтвердив достовірних відмінностей за віком, часом настання менархе, кількістю пологів та спадковістю залежно від ступеня активності перебігу АМ ($p > 0,05$).

Достовірною відмінністю у двох групах хворих з «активним» та «неактивним» АМ був обтяжений гінекологічний та соматичний анамнез, що проявлялося більш низьким індексом здоров'я у хворих з «активним» АМ.

Отже, процеси запалення статевих органів та оперативні втручання на матці мають велике значення в патогенезі АМ. Підтвердженням цьому є дослідження, які доводять, що вагітність часто справляє інгібувальну дію на ендометріюдні вогнища, а аборти та пологи з ускладненнями погіршують перебіг АМ [3, 7].

Крім того, високий інфекційний індекс та супутні екстрагенітальні захворювання також є характерними рисами АМ. Можливо, дані захворювання безпосередньо не впливають на розвиток АМ, але зниження стійкості організму до факторів зовнішнього середовища є фоном до формування стійких метаболічних порушень та ослаблення імунної системи. Ці зміни не мають специфічного характеру, оскільки за даними низки авторів, аналогічні особливості захворюваності та наявність інфекційного індексу виявляються й у хворих на міому матки, гіперплазію ендометрію тощо [1, 2].

Запропонована сучасна концепція патогенезу гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінок висвітлює подібні процеси з точки зору місцевих і загальних морфофункціональних та ендокринних порушень із появою «порочного кола» у системі гіпоталамус–гіпофіз–яєчники на фоні імунодефіциту [5, 6].

Аналіз тривалості захворювання на АМ залежно від моменту початкових клінічних проявів до першої госпіталізації дозволив виявити, що при «активному» АМ тривалість даного періоду більше ніж у 50% хворих становила 1–3 роки, а при «неактивному» АМ – 4–8 років, тобто для «активного» АМ характерна менша тривалість захворювання з моменту перших симптомів до госпіталізації та відповідно швидке прогресування цього процесу.

Наші результати, засновані на зіставленні клінічної картини АМ з даними патоморфологічного дослідження, узгоджуються з даними інших авторів та підтверджують, що патогномонічні прояви АМ характерні для 2–4-ї стадії дифузної форми, а також для вузлової форми. Для дифузного АМ 1-ї стадії не характерна наявність типових клінічних проявів (дисменорея, гіперполіменорея тощо), проте він може поєднуватися з безпліддям I або II стадії і, можливо, бути його причиною [3, 4, 7].

За даними низки авторів, клінічний діагноз аденоміозу збігається з гістологічним тільки у 25–65% випадків; має місце як гіпер-, так і гіподіагностика АМ, що визначають помилкову тактику ведення та прогноз [1, 2].

У результаті аналізу попередніх діагнозів на догоспітальному етапі у хворих на аденоміоз була виявлена значна різноманітність встановлених діагнозів. Так, із 60 хворих у 30 (50%) жінок цей діагноз був встановлений правильно, в 11 (18,3%) аденоміоз помилково був прийнятий за міому матки, у 7 (11,7%) – за гіперплазію та поліпи ендометрія, у 4 (6,7%) – за дисфункціональні маткові кровотечі, у 2 (3,3%) – за цистоаденому яєчника. Водночас 6 (9%) хворих тривалий час проходили обстеження та лікування у невропатолога, гастроентеролога, терапевта з підозрою на грижу диска, остеохондроз, коліт, спайковий процес тощо.

ВИСНОВКИ

Отже, на підставі клініко-анамнестичних даних та результатів гінекологічного обстеження АМ було запідозрено у 48 хворих, з них підтверджено – у 28 пацієнток. Частка хибнопозитивних результатів становила 41%. Проте із 60 пацієнток з підтвердженим

АМ в клінічний діагноз ця патологія була винесена у 31. Отже, частка хибнонегативних результатів становила 48%. Чутливість методу – 51,7%, специфічність – 59%.

Отримані результати необхідно враховувати при ранній діагностиці та прогнозуванні АМ.

Clinical-and-anamnesic features of adenomyosis and combined pathology of uterus **S. S. Sendetskiy**

The objective: to learn a role of clinical-and-anamnesic information in development and motion of adenomyosis on the modern stage.

Materials and methods. An inspection was conducted 110 patients. A basic group was made by 60 patients, patients on adenomyosis of different degree of activity and prevalence. Depending on the degree of expressed of basic clinical displays, characteristic for adenomyosis, all investigational patients from adenomyosis (n=60) de bene esse parted on two clinical sub-groups: 1.1 – 38 patients from clinically «active» adenomyosis; 1.2 – 22 patients from clinically «nonactive» adenomyosis. A control group was made by 50 patients reproductive and premenopausal age without adenomyosis.

Results. As a result of analysis of previous diagnoses on the prehospital stage for patients on adenomyosis was found out considerable heterogeneity diagnosed. From 60 patients in 30 women (50%) this diagnosis was put correctly, in 11 women (18,3%) of adenomyosis by mistake was accepted for a uterine fibroids, in 7 (11,7%) – for hyperplasia and endometrial polyps, in 4 (6,7%) – after dysfunctional uterine bleeding, in 2 (3,3%) – at ovarian cystadenoma. 6 women (9%) of patients were examined and treatment for a neurologist, gastroenterologist, internist with suspicion on hernia of disk, osteochondrosis, colitis long time, adhesive process and others like that.

Conclusions. On the basis of clinical-and-anamnesic information and results of gynaecological inspection of adenomyosis it was suspected in 48 patients, it is confirmed from them – in 28. Part of false positive results was 41%. However from 60 patients with confirmed adenomyosis in a clinical diagnosis this pathology was taken away in 31. Thus, part of false negative results was 48%. Test-sensitivity – 51,7%, specificity – 59%.

The got results must be taken into account during the conducting of early diagnostics and prognostication of adenomyosis.

Keywords: adenomyosis, combined pathology of uterus, clinic, anamnesis, diagnostics.

Відомості про автора

Сендецький Сергій Сергійович – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (068) 425-82-98. *E-mail: serzh049@gmail.com*

ORCID: 0009-0003-5852-072X

Information about the author

Sendetskiy Serhij S. – graduate student of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kiev; tel.: (068) 425-82-98. *E-mail: serzh049@gmail.com*

ORCID: 0009-0003-5852-072X

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hammad AE. Women and health security. *Wid Hlth Statist. Quart.* 2021;49(2):74-7.
2. Cho MK, Moon JH, Kim CH. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women. *Int J Surg.* 2019 Aug;44:274-7.
3. Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2021 Mar;72(3):175-83.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

4. Sze EM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynaec.* 2019;100(5):981-6.
5. Ridgeway BM, Cadish L. Hysteropexy: Evidence and Insights. *Clin Obstet Gynecol.* 2021 Jun;60(2):312-23.
6. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2019 Jun 25;52(6):374-8.
7. Nappi RE, Murina F, Perrone G. Clinical profile of women with vulvar and vaginal atrophy who are not candidates for local vaginal estrogen therapy. *Minerva Ginecol.* 2021 Aug;69(4):370-80.
8. Laso-García IM, Rodríguez-Cabello MA, Jiménez-Cidre MA. Prospective long-term results, complications and risk factors in pelvic organ prolapse treatment with vaginal mesh. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Apr;211:62-7.
9. Al-Badr A, Perveen K, Al-Shaikh G. Evaluation of Sacrospinous Hysteropexy vs. Uterosacral Suspension for the Treatment of Uterine Prolapse: A Retrospective Assessment. *Low Urin Tract Symptoms.* 2019 Jan;9(1):33-7
10. Klapdor R, Grosse J, Hertel B, Hillemanns P. Postoperative anatomic and quality-of-life outcomes after vaginal sacrocolporectomy for vaginal vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Apr;137(1):86-91.
11. Hirabayashi T, Ueno S, Hirakawa H, Tei E. Surgical Treatment of Inguinal Hernia with Prolapsed Ovary in Young Girls: Emergency Surgery or Elective Surgery. *Tokai J Exp Clin Med.* 2021 Jul 20;42(2):89-95.
12. Meester JAN, Verstraeten A, Schepers D. Differences in manifestations of Marfan syndrome, Ehlers-Danlos syndrome, and Loeys-Dietz syndrome. *Ann Cardiothorac Surg.* 2019 Nov;6(6):582-94.
13. Morling JR, McAllister DA, Agur W. Adverse events after first, single, mesh and non-mesh surgical procedures for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Scotland, 1997-2019: a population-based cohort study. *Lancet.* 2020 Feb 11;389(10069):629-40.
14. Wang X, Chen Y, Hua K. Pelvic Symptoms, Body Image, and Regret after LeFort Colpocleisis: A Long-Term Follow-Up. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Mar-Apr;24(3):415-9.
15. Antonioti GS, Coughlan M, Salamonsen LA. Obesity associated advanced glycation end products within the human uterine cavity adversely impact endometrial function and embryo implantation competence. *Hum Reprod.* 2018 Apr 1;33(4):654-65.