



КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА

Назарова Д.Г., Муратова Н.Д.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

✓ Резюме

Актуальность. Доброкачественные гиперпластические заболевания матки, в частности аденомиоз, представляют собой актуальную медико-социальную проблему, причем за последнее время ее значимость существенно выросла, что связано с неуклонным ростом числа подобных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста. Одной из причин могут быть воспалительные заболевания половой сферы у женщин, представляющие значительную и до сих пор не решенную проблему современной гинекологии. Цель – определить развитие аденомиоза у женщин с воспалительными заболеваниями матки. **Материалы и методы.** Нами обследованы 62 женщины репродуктивного возраста, которые были разделены на две группы: 1 группа – 29 женщин с хроническим эндометритом в сочетании с аденомиозом, в анамнезе, которых имели место внутриматочные вмешательства, 2 группа – 33 женщины с установленным диагнозом – аденомиоз. **Результаты.** Возраст обследованных колебался от 29 до 49 лет, и составлял в среднем $38,1 \pm 0,3$ лет. Установлено, что клиническая картина хронического эндометрита не зависит от наличия у таких женщин аденомиоза. У обследованных женщин как первой, так и второй группы практически одинаково часто встречаются воспалительные заболевания органов малого таза, нижнего отдела гениталий, гиперпластические процессы эндометрия, аномальные маточные кровотечения. **Выводы.** УЗИ, выполненное на аппаратах эксперт-класса, позволяют не только поставить правильный диагноз, но и определить степень распространения аденомиоза в матке. Диффузную форму аденомиоза 1 степени также часто не обнаруживают и не описывают при УЗИ. Это приводит к неправильному лечению и его низкой эффективности. У некоторых пациенток единственным признаком эндометрита, выявленном на ультразвуковом исследовании, может быть васкуляризация слизистой и гиперваскуляризация подлежащего слоя миометрия.

Ключевые слова: воспалительные заболевания матки, хронический эндометрит, аденомиоз, диагностика, ультразвуковое исследование, доплерометрия.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS AND ADENOMYOSIS

Nazarova D.G., Muratova N.D.

Tashkent State Dental Institute, 103 Makhtumkuli str., Tashkent, Uzbekistan

✓ Resume

Relevance. Benign hyperplastic diseases of the uterus, in particular adenomyosis, are an urgent medical and social problem, and recently its significance has grown significantly, which is associated with a steady increase in the number of such diseases among women of reproductive age. One of the reasons may be inflammatory diseases of the genital sphere in women, which represent a significant and still unresolved problem of modern gynecology. The aim is to determine the development of adenomyosis in women with inflammatory diseases of the uterus. **Materials and methods.** We examined 62 women of reproductive age who were divided into two groups: group 1 – 29 women with chronic endometritis in combination with adenomyosis, with a history of intrauterine interventions, group 2 – 33 women with an established diagnosis of adenomyosis.

Results. The age of the examined ranged from 29 to 49 years, and averaged 38.1 ± 0.3 years. It was found that the clinical picture of chronic endometritis does not depend on the presence of adenomyosis in such women. In the examined women of both the first and second groups, inflammatory diseases of the pelvic organs, the lower genitals, hyperplastic processes of the endometrium, abnormal uterine bleeding are almost equally common. Conclusions. Ultrasound performed on expert-class devices allows not only to make the correct diagnosis, but also to determine the extent of the spread of adenomyosis in the uterus. The diffuse form of grade 1 adenomyosis is also often not detected and not described by ultrasound. This leads to improper treatment and its low effectiveness. In some patients, the only sign of endometritis detected by ultrasound may be mucosal vascularization and hypervascularization of the underlying layer of the myometrium.

Keywords: inflammatory diseases of the uterus, chronic endometritis, adenomyosis, diagnosis, ultrasound, dopplerometry.

БАЧАДОН ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА АДЕНОМИЁЗНИНГ КЛИНИК ВА ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

Назарова Д.Ф., Муратова Н.Дж.

Тошкент Давлат стоматология институти

✓ Резюме

Долзарблиги. Бачадоннинг яхши сифатли гиперпластик касалликлари, хусусан аденомиёз долзарб тиббий-ижтимоий муаммо бўлиб, яқинда унинг аҳамияти сезиларли даражада ошди, бу эса репродуктив ёшдаги аёллар орасида бундай касалликлар сонининг доимий ўсиши билан боғлиқ. Бунинг сабабларидан бири аёлларда генитал соҳанинг яллигланиш касалликлари бўлиши мумкин, бу замонавий гинекологиянинг муҳим ва ҳал қилинмаган муаммо эканлигини англатади. Мақсад - бачадоннинг яллигланиш касалликлари бўлган аёлларда аденомиёзнинг ривожланишини аниқлашдир. Материаллар ва усуллар. Биз икки гуруҳга бўлинган репродуктив ёшдаги 62 нафар аёлни кўриб чиқдик: 1 – гуруҳ – аденомиёз билан биргаликда сурункали эндометритли 29 нафар аёл, анамнезида бачадон ичи аралашувлар ўтказган аёллар, 2-гуруҳ-аденомиёз таъхиси қўйилган 33 нафар аёл. Натижалар. Текширилганларнинг ёши 29 дан 49 ёшгача бўлиб, ўртача $38,1 \pm 0,3$ ёшни ни таъхил етдилар. Сурункали эндометритнинг клиник кўриниши бундай аёлларда аденомиёз мавжудлигига боғлиқ емаслиги аниқланди. У обсервованных женицин как первой, так и второй группы практически одинаково часто встречаются воспалительные заболевания органов малого таза, нижнего отдела гениталий, гиперпластические процессы эндометрия, аномальные маточные кровотечения. Биринчи ва иккинчи гуруҳларнинг текширилган аёлларида кичик чаноқ аъзоларининг ва пастки қават жинсий аъзолари яллигланиш касалликлари, эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари, бачадондан анормал қон кетиши деярли бир хил даражада кенг тарқалган. Хулоса. Эксперт қурилмаларида ўтказилган ултратовуш текширувлар нафақат тўғри таъхис қўйиши, балки бачадонда аденомиёзнинг тарқалиш даражасини аниқлаш имконини беради. 1-даражали аденомиёзнинг диффуз шакли ҳам кўпинча аниқланмайди ва ултратовуш билан тавсифланмайди. Бу нотўғри даволанишга ва унинг паст самарадорлигига олиб келади. У некоторых пациенток единственным признаком эндометрита, выявленном на ультразвуковом исследовании, может быть васкуляризация слизистой и гипervasкуляризация подлежащего слоя миометрия. Баъзи беморларда ултратовуш орқали аниқланган эндометритнинг ягона белгиси шиллиқ қаватнинг қон томирлари билан таминланиши ва миометрийнинг асосий қатламнинг гипervasкуляризацияси бўлиши мумкин.

Калит сўзлар: бачадоннинг яллигланиш касалликлари, сурункали эндометрит, аденомиоз, таъхислаш, ултратовуш, доплерометрия.

Актуальность

Доброкачественные гиперпластические заболевания матки, в частности аденомиоз, представляют собой актуальную медико-социальную проблему, причем за последнее время ее значимость существенно выросла, что связано с неуклонным ростом числа подобных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста. Одной из причин могут быть воспалительные заболевания половой сферы у женщин, представляющие значительную и до сих пор не решенную проблему современной гинекологии [1,2]. Частота данной патологии не имеет тенденции к снижению, указанные заболевания по-прежнему занимают лидирующее место в структуре гинекологической заболеваемости [2]. В последние годы существенно возрос интерес исследователей к отдельной нозологии, относящейся к воспалительным заболеваниям органов малого таза, – хроническому эндометриозу. Хронический воспалительный процесс в эндометрии является одной из основных причин нарушения менструальной функции, невынашивания беременности, бесплодия, а также гиперпластических процессов эндо- и миометрия [3, 4]. В результате персистирующего повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую трансформацию и рецепцию слизистой оболочки полости матки [5]. Аденомиоз характеризуется поражением матки, различают формы узловую, очаговую, диффузную. В отличие от других локализаций эндометриоза, развивающихся в основном из функционального слоя эндометрия, внутренний эндометриоз возникает из базального слоя эндометрия [6], характеризуется прогрессивным инвазивным ростом желез эндометрия в толщу миометрия тела и перешейка матки, в интерстициальные отделы маточных труб [6,7]. Процесс гиперплазии проявляется не только в разрастании гетеротопических очагов, он сопровождается и гиперплазией мышечных элементов маточной стенки [8]. Частота аденомиоза достигает 70–90 % [9] среди всех случаев эндометриоза. Глубина поражения миометрия при аденомиозе, его форма не зависят от возраста больных [9]. Среди всех причин женского бесплодия на долю аденомиоза приходится около 20 %. Вторичное бесплодие при аденомиозе наблюдается в 4 раза чаще первичного. В результате 96% женщин остаются бесплодными, несмотря на лечение [10]. Зотовой О.А. установлены факторы риска развития аденомиоза: ожирение, отягощенный наследственный анамнез по злокачественным заболеваниям репродуктивной системы по женской линии, наличие менструаций, использование внутриматочной контрацепции, наличие в анамнезе аборт и выскабливаний полости матки. Выявлено, что клинико-анамнестическим показателем, обладающим наибольшей чувствительностью в прогнозировании аденомиоза, является наличие в анамнезе диагностического выскабливания полости матки (90,7%), а наибольшей специфичностью - наличие искусственного аборта (92,2%). В гинекологической практике хронический эндометрит нередко сочетается с другими заболеваниями репродуктивной системы. В последние годы в клинической медицине уделяется большое внимание сочетанной патологии. Так, есть публикации при сочетании хронического эндометрита с гиперпластическими процессами эндометрия, эндометриозом [11,12,13]. Однако мало уделено внимания и незначительны публикации, касающиеся сочетания хронического эндометрита и аденомиоза [14]. Надо полагать, что сочетание гинекологической патологии обуславливает особенности клинического течения, что необходимо учитывать для индивидуального подхода к лечению и тактике ведения таких больных.

Цель исследования – определить развитие аденомиоза у женщин с воспалительными заболеваниями матки.

Материал и методы

Исследование носило характер клинического аналитического ретро- и проспективного анализа. Проведено обследование 62 пациенток с хроническим эндометритом и аденомиозом при помощи следующих методов: анализ жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общее клиническое и гинекологическое исследование, проведены ультразвуковое и доплерометрическое, которое проводилось на аппарате Esaote My Lab Seven, трансвагинальным датчиком АС 2541 с частотой 3-3,5 мГц, и иммунологические исследования, а также статистические методы.

Результат и обсуждения

Нами обследованы 62 женщины репродуктивного возраста, которые были разделены на две группы: 1 группа – 29 женщин с хроническим эндометритом в сочетании с аденомиозом, в анамнезе, которых имели место внутриматочные вмешательства, 2 группа – 33 женщины с установленным диагнозом – аденомиоз. Возраст обследованных колебался от 29 до 49 лет, и составлял в среднем $38,1 \pm 0,3$ лет. Длительность заболевания у женщин обеих групп составляла от 1 до 10 лет. Анализ соматической патологии обеих групп показал, что наиболее частыми из перенесенных заболеваний были острые респираторные заболевания, бронхиты, реже пневмония. Также большое внимание заслуживают функциональные нарушения нервной системы, такие как неврозы, депрессивные состояния, астеноневротические реакции. Так, каждая четвертая пациентка с воспалительными заболеваниями матки страдала той или иной патологией нервной системы. У каждой третьей пациентки 2 группы ($33,3 \pm 7,0\%$) обнаружены функциональные нарушения нервной системы. Также имели место эндокринные нарушения такие как ожирение, диффузный зоб, сахарный диабет, которые в 1-группе составили – $34,4 \pm 5,8\%$, а во 2-группе $36,3 \pm 6,9\%$. Хроническая анемия средней степени, чаще выявлена у пациенток 2-группы и составила $39,4\%$.

Изучение репродуктивного анамнеза у женщин 1 группы показало следующие особенности: беременность имели в 100% случаев, однако имело место вторичное бесплодие у 20 ($68,9\%$) женщин. Роды имели 22 ($75,8\%$) женщины, неразвивающуюся беременность в анамнезе – 3 ($10,3\%$), самопроизвольные выкидыши – 5 ($17,2\%$), беременности, закончившиеся абортom в разные сроки гестации. Изучение частоты внутриматочных вмешательств, что, вероятно, и способствовало развитию аденомиоза, у женщин 1 группы показало, что у 22 – $75,8\%$ обследованных имело место выскабливание полости матки по поводу маточного кровотечения, обусловленного железистой гиперплазией эндометрия у 7 – 24% женщин, вследствие аборта в 31% и у 3 по поводу неразвивающейся беременности. Женщины данной группы чаще страдали от дисменореи – 18 ($62,1\%$) случаев, миомы матки – 3 ($10,3\%$), аденомиоза – 22 ($75,8\%$), бактериальный вагиноз имели в анамнезе 14 ($48,2\%$) женщин. Также стоит отметить высокую частоту хронических воспалительных заболеваний придатков – 15 ($51,7\%$) случаев, 8 ($27,5\%$) пациенток в анамнезе имели разные вмешательства на шейке матки.

Изучение клинической картины заболевания и жалоб больных 2 группы показало, что клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла ($25 - 75,7\%$), всего бесплодие выявлено у 14 ($42,4\%$) женщин, из них вторичное бесплодие составило $66,7\%$, а первичное $33,3\%$, диспареунией ($15 - 45,4\%$), болями перед и во время менструаций различной интенсивности ($23 - 69,6\%$). Показатель воспалительных заболеваний органов малого таза, во 2 группе с аденомиозом составил $6,1\%$. Также у каждой четвертой пациентки в анамнезе были кисты яичников.

Ультразвуковые исследования проводились в I фазу цикла с целью определения васкуляризации эндометрия и субэндометриальной зоны, а также во II фазу, за 3-4 дня до предполагаемой менструации и сразу после менструации. На УЗИ мы определяли наличие, топографию и количество и степень распространенности очагов аденомиоза. На УЗИ аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные образования с нечеткими контурами и мелкодисперсным содержимым.

Ультразвуковая картина у пациенток 1 группы с воспалительными заболеваниями матки характеризовалась неоднородной структурой эндометрия и его повышенной или смешанной эхогенностью, также наблюдалась асимметрия толщины стенок эндометрия, неровный контур М-эхо с гиперэхогенными включениями по периферии, увеличение размеров матки.

При цветовом доплеровском картировании в норме отмечается аваскуляризация эндометрия и единичные цветовые лоскуты, получаемые от базальных артерий. У 75% женщин 1 группы отмечалась васкуляризация эндометрия и субэндометриальной зоны, что в некоторых случаях может быть единственным признаком эндометрита. При этом ИР составлял в среднем $0,42 \pm 0,08$.

У пациенток 2-группы с аденомиозом УЗИ показало, что среди них преобладает диффузная форма аденомиоза, которая выявлена у 18 ($54,5 \pm 7,3\%$) пациенток, что значительно чаще, чем другие формы аденомиоза. При этом больше всего выявлена диффузная форма 1-степени – у 16 ($48,4 \pm 7,4\%$) пациенток, у 1 ($3,03\%$) пациентки диффузная форма 2-степени, и у 1 ($3,03\%$) пациентки диффузная форма 3-степени.

У 10 ($30,3 \pm 6,7\%$) пациенток выявлена очаговая форма аденомиоза, из них у 1 ($3,03\%$) пациентки выявлен очаговый аденомиоз 2-3 степени. У 3 ($9,09\%$) пациенток диагностирована узловатая форма аденомиоза, и у 2 ($6,06\%$) пациенток сочетание диффузно-узловой аденомиоза. При этом диаметр



очагов колебался от 2 до 7,2 мм. Кровоток в маточных артериях при диффузном аденомиозе был снижен по сравнению с очаговым аденомиозом (ИР 0,78-0,86).

Допплерометрическая картина у пациенток 2-группы выявила гиперплазию эндометрия, а аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с деформированными и зазубренными краями размерами от 1-2 до 5 мм, в которых отсутствовал кровоток, наличием единичных цветовых сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри.

Выводы

Таким образом факторами риска развития аденомиоза и воспалительных заболеваний матки, являются отягощенный соматический анамнез, высокий индекс заболеваемости, нарушения менструального цикла, воспалительных заболеваний матки и придатков, а также высокая частота аборт, т.е. внутриматочных вмешательств. Клиническая картина хронического эндометрита не зависит от наличия у таких женщин аденомиоза. УЗИ, выполненное на аппаратах эксперт-класса, позволяют не только поставить правильный диагноз, но и определить степень распространения аденомиоза в матке. На обычных аппаратах УЗИ очаговый аденомиоз ошибочно принимают за миому. Диффузную форму аденомиоза 1 степени также часто не обнаруживают и не описывают при УЗИ. Это приводит к неправильному лечению и его низкой эффективности. У некоторых пациенток единственным признаком эндометрита, выявленном на ультразвуковом исследовании, может быть васкуляризация слизистой и гиперваскуляризация подлежащего слоя миометрия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Akopians A.L., Pisarska M.D., Wang E.T. The Role of Inflammatory Pathways in Implantation Failure: Chronic Endometritis and Hydrosalpinges. *Semin. Reprod. Med.* 2015; 33 (4): 298–304. Doi: 10.1055/s-0035-1554916.
2. Плясунова М.П., Хлыбова С.В. Хронический эндометрит как одна из актуальных проблем в современной гинекологии. *Вятский медицинский вестник.* 2013; 13: 1–18.
3. Azhar E, Seifer DB, Melzer K, Ahmed A, Weedon J, Minkoff H. Knowledge of ovarian reserve and reproductive choices. *J Assist Reprod Genet.* 2015 Mar;32(3):409-15.
4. Петракова СА, Буянова СН, Мгелиашвили МВ. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2009; 2:102-8.
5. Мотовилова Т.М., Качалина Т.С., Аникина Т.А. Альтернативный подход к лечению больных с хроническим неспецифическим эндометритом. *РМЖ.* 2013; 14: 751–754.
6. Abdel-Gadir A., Oyaowe A., Chander B.P. / Luteal phase transvaginal scan examinations have better diagnostic potential for showing focal subendometrial adenomyosis // *Gynecol. Surgery.* 2011. - Vol.2. - P.26-30.;
7. Biryukova, EI, Rukhlyada, NN, Yu, KK. / Adenomyosis: a surgical approach and reproductive outcomes. // *Obstetric Gynecol* 2019; 5: 30–34.
8. Аничков, Н. М. Клинико-морфологические особенности эндометриозной болезни: аденомиоза, эндометриоза яичников, экстрагенитального эндометриоза / Н. М. Аничков, В. А. Печеникова, Д. Ф. Костючек // *Арх. патол.* - 2011. - № 4. - С. 5-10.
9. Дамиров, М. М. Аденомиоз / М. М. Дамиров. - М.: БИНОМ, 2004. - 316 с.
10. Савицкий, Г. А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие: клинико-морфологическое исследование / Г. А. Савицкий, С. М. Горбушин. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2002. - 170 с.
11. Лукач А. А. Инфекционно- воспалительная концепция развития гиперпластических процессов гениталий. *Уральский медицинский журнал.* 2010; 5. - (70): 156-9.
12. Станоевич И.В., Землякова В.В., Аброскова Б.С. и соавт. Аномальное метилирование ряда генов при гиперплазии эндометрия на фоне хронического эндометрита. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2012; 11 (1): 20–4.
13. Шешукоева Н.А., Макаров И.О., Овсянникова Т.В. Функциональный потенциал эндометрия у больных с гиперпластическими процессами слизистой тела матки в сочетании с хроническим эндометритом. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2011; 10 (6): 22–5.
14. Соколова Ю.А., Лукач А.А. Клинические и иммунологические аспекты миомы матки в сочетании с хроническим эндометритом. *Уральский медицинский журнал.* 2011; 4: 90–4.

Поступила 09.07.2022