

Клинико-анамнестическая характеристика пациенток с аденомиозом, сопровождающимся синдромом тазовой боли

М.Р.Оразов[✉], В.Е.Радзинский, М.Б.Хамошина, А.О.Духин, Л.Р.Токтар, Ю.С.Читанова
 ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6
[✉]omekan@mail.ru

Синдром тазовой боли, ассоциированной с аденомиозом, является широко распространенным заболеванием у женщин репродуктивного возраста. Частота его выявления в популяции варьирует от 10 до 53%.

Цель исследования – изучить клинико-анамнестические факторы риска тазовой боли при аденомиозе.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 (n=120) пациенток с диффузным аденомиозом, осложненным тазовой болью, и безболевого формой болезни, проходивших обследование и лечение в гинекологическом отделении Центральной клинической больницы №6 РЖД г. Москвы. На каждую пациентку была составлена индивидуальная карта, в которой был зашифрован 171 признак. Изучаемые параметры отражали паспортные и антропометрические данные, сведения об образовании, социальном статусе, наличии профессиональных вредностей, жалоб, перенесенных заболеваний.

Результаты. Отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющийся низким индексом здоровья, наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями являются способствующими факторами, а высокая распространенность перенесенных оперативных вмешательств, хронические, длительно текущие воспалительные процессы органов малого таза создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования хронического тазового болевого синдрома при аденомиозе.

Ключевые слова: аденомиоз, тазовая боль, эндометриоз.

Для цитирования: Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Клинико-анамнестическая характеристика пациенток с аденомиозом, сопровождающимся синдромом тазовой боли. Гинекология. 2018; 20 (6): 77–80. DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180132

Classical Article

Clinical and anamnestic characteristics of patients with adenomyosis, accompanied by pelvic pain syndrome

M.R.Orazov[✉], V.E.Radzinsky, M.B.Khamoshina, A.O.Dukhin, L.R.Toktar, Yu.S.Chitanava
 People's Friendship University of Russia. 117198, Russian Federation, Moscow, Miklukho-Maklaya str., d. 6
[✉]omekan@mail.ru

Abstract

Pelvic pain syndrome associated with adenomyosis is a common disease in women of reproductive age. Frequency of detection in the population varies from 10 to 53%.

The aim – to study the clinical and anamnestic risk factors of pelvic pain, with adenomyosis.

Materials and methods. The study included 120 (n=120) patients with diffuse adenomyosis with pain and painless form of the disease who underwent examination and treatment in the gynecological Department of the Central clinical hospital №6 of Russian Railways in Moscow. Each patient was provided with an individual card, which was encrypted 171 sign. The studied parameters reflected the passport and anthropometric data, information about education, social status, presence of occupational hazards, complaints, illness.

Results. Burdened gynecological and somatic histories, manifested a low health index, a more pronounced hereditary a family history of neoplastic diseases are contributing factors, and high prevalence of postponed surgeries, chronic, long-term ongoing inflammatory processes of the pelvic organs to create a favorable background for the further progression of chronic pelvic pain syndrome in adenomyosis.

Key words: adenomyosis, pelvic pain, endometriosis.

For citation: Orazov M.R., Radzinsky V.E., Khamoshina M.B. et al. Clinical and anamnestic characteristics of patients with adenomyosis, accompanied by pelvic pain syndrome. Gynecology. 2018; 20 (6): 77–80. DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180132

Актуальность проблемы

В настоящее время аденомиоз определяется как «доброкачественная инвазия эндометрия в миометрий, приводящая к диффузному увеличению матки. Следует отметить, что при микроскопическом исследовании выявляется эктопическая неоплазия эндометриальных желез и стромы, окруженных гипертрофированным и гиперпластическим миометрием» [1, 2].

Согласно морфологической дефиниции P.Vercellini (2014 г.), при этой болезни за счет отсутствия границы между базальным слоем эндометрия и миометрием иницируются проникновение эндометриальных желез в миометрий, а это приводит, в свою очередь, к гипертрофии и гиперплазии прилежащего миометрия [3]. Следует отметить, что распространенность аденомиоза с каждым годом нарастает и у женщин репродуктивного возраста составляет от 12 до 40% [1–3].

Одним из доминирующих клинических симптомов аденомиоза является тазовая боль (ТБ). Итак, согласно дефиниции Международной ассоциации по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP), синдром ТБ представляет собой самостоятельное заболевание, которое проявляется постоянными болями в нижних отделах живота и пояснице в течение 6 мес и более [4]. Согласно дан-

ным Е.Л.Яроцкой (2016 г.), синдром ТБ классифицируется на варианты:

- 1) синдром ТБ, сопутствующий четко определенным гинекологическим заболеваниям;
- 2) хроническая ТБ в отсутствие таковых [5].

Для упрощения понимания клиницистов первый вариант определяется как ТБ, связанная с конкретным заболеванием, а второй – синдром хронической ТБ.

Следует признать, что ТБ существенно снижает качество жизни женщины, сопровождается нарушениями поведения, когнитивными, психоэмоциональными и сексуальными расстройствами, а также симптомами дисфункции нижних отделов систем мочевого выделения и пищеварения, органов репродуктивной системы. Указанные выше расстройства нередко являются следствием нейробиологических, физиологических, а иногда и анатомических изменений в центральной нервной системе [5].

Цель исследования – изучить клинико-анамнестические факторы риска ТБ при аденомиозе.

Материалы и методы

Нами изучены клинико-анамнестические особенности у пациенток с аденомиозом. Были обследованы 120 пациенток с диффузным аденомиозом, с болевой и безболевогой

формой болезни, проходивших обследование и лечение в гинекологическом отделении Центральной клинической больницы №6 РЖД г. Москвы (заведующий отделением – доктор медицинских наук, профессор А.О.Духин). В зависимости от интенсивности болевого синдрома согласно алгоритмической визуальной аналоговой шкале пациентки основной группы были стратифицированы на 3 группы: 30 пациенток 1-й группы предъявляли жалобы на ТБ слабой интенсивности, 30 больных 2-й группы – на ТБ умеренной интенсивности, 30 женщин 3-й группы – на болевой синдром выраженной интенсивности. Контрольную группу составили 30 женщин с аденомиозом без болевого синдрома, случайно диагностированным на эхографическом и томографическом исследовании во время профилактического осмотра. Оценку степени тяжести болевого синдрома определяли по визуальной аналоговой шкале. Шкала выглядит как линейка, на которой нанесены цифры от 0 (нет боли) до 10 (нестерпимая боль), расстояние между цифрами составляет 1 см, каждый сантиметр соответствует 1 баллу. Линейку можно использовать как горизонтально, так и вертикально. Всем пациенткам предлагали сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой ими 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, пациентки сами отмечали по одному слову из 20 строк, наиболее точно совпавших с их болью. Значения вычисляли в баллах, что позволило получить достаточно объективное итоговое представление о болевом синдроме каждой пациентки.

Работа выполнена в рамках основной научно-исследовательской деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН – «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях» (номер гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712) в период 2015–2018 гг. на базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии (заведующий кафедрой – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ В.Е.Радзинский) Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН (ректор – академик РАО, доктор физико-математических наук, профессор В.М.Филиппов).

Критерии включения в исследование:

- репродуктивный возраст;
- аденомиоз (эндометриоз матки), верифицированный на основании сонографического исследования и магнитно-резонансной томографии (код Международной классификации болезней N80.0);
- наличие ТБ (код Международной классификации болезней N94.8 «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом»);
- наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения: беременность, период лактации, наличие ТБ нейрогенной или психогенной природы.

На каждую пациентку была составлена индивидуальная карта, в которой был зашифрован 171 признак. Изучаемые параметры отражали паспортные и антропометрические данные, сведения об образовании, социальном статусе, наличии профессиональных вредностей, жалоб, перенесенных заболеваний (инфекционных, соматических, гинекологических).

При сборе анамнеза обращали внимание на возраст менархе, характер менструальной функции, регулярность и продолжительность менструального цикла. Оценивали возраст начала половой жизни, учитывали длительность лечения, течение, исход перенесенных гинекологических заболеваний; особенности детородной функции, сведения о каждой беременности, особенности их течения, родах, паритете. Анализ соматических заболеваний совершали в соответствии с данными клинических, лабораторных и функциональных исследований по спе-

циально разработанной программе, при детальном изучении анамнеза и сведений, полученных из медицинской документации.

Статистический анализ был выполнен с использованием программы StatSoft Inc. Statistica v.10, Epi Info, MedCalc.

Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов произведены в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2010, каждую из сравниваемых совокупностей количественных данных оценивали на предмет соответствия закону нормального распределения.

Для количественных данных использовали методы параметрической статистики: дисперсионный с наименее значимым различием тест и корреляционный анализ, t-критерий Стьюдента. Различия показателей считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале, выполняли при помощи критерия χ^2 Пирсона, позволяющего оценить значимость различий между фактическим (выявленным в результате исследования) количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы (ожидаемое явление). Коэффициент корреляции и его достоверность рассчитывали по Брауэ–Пирсону: 0,3–0,5 – умеренная, 0,5–0,7 – значительная и 0,7–0,9 – сильно выраженная связь.

В качестве количественной меры эффекта при сравнении частоты случаев наблюдения определенного события в исследуемых группах мы использовали показатель отношения шансов (ОШ), определяемый как отношение вероятности наступления события в группе, подвергнутой воздействию фактора риска, к вероятности наступления события в другой группе. С целью проецирования полученных значений ОШ на генеральную совокупность мы рассчитывали границы 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты

Пациентки находились в возрасте от 21 до 43 лет, средний возраст составил $33,7 \pm 7,0$ года.

Анализ социального статуса пациенток изучаемой когорты установил, что почти 1/2 (41,67%) обследованных женщин были служащими, 1/3 – домохозяйками (29,17%), около 1/3 (23,33%) – рабочими. Достоверно больше студентов оказалось среди пациенток с ТБ слабой интенсивности ($p < 0,05$).

В ходе антропометрии было установлено, что астенический конституциональный морфотип достоверно чаще определялся среди пациенток 1, 2, 3-й групп в сравнении с пациентками контрольной группы (в 2,99, 3,99 и 2,99 раза соответственно; $p < 0,05$) и среди пациенток 2-й группы в сравнении с обследованными 3-й группы (в 1,33 раза соответственно; $p < 0,05$).

Анализ менструальной функции продемонстрировал, что практически у каждой 3-й пациентки (78,33%) с болевой формой аденомиоза менструальный цикл был нерегулярным. Важно подчеркнуть, что у 1/2 обследованных женщин основной группы менструации были умеренными (52,5%), обильными (42,5%) или сопровождались перименструальными кровомазаниями (36,67%). Полученные данные демонстрируют неполноценность механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

В то же время у пациенток контрольной группы не наблюдалось скудных менструальных циклов, также отсутствовали перименструальные и межменструальные кровомазания.

Средний возраст начала половой жизни у пациенток изучаемой когорты достоверно не различался и составил среди пациенток с ТБ $19,0 \pm 0,1$ года, у пациенток без болевого синдрома – 18,9 года.

В ходе исследования установлено, что постоянного полового партнера имели 79,1% пациенток с ТБ, обусловленной аденомиозом, однако регулярную половую жизнь

вели только 59,17% женщин: 56,67% женщин 1-й группы, 46,67% – 2-й группы.

Было показано, что по мере усиления выраженности болевого синдрома в исследуемых группах определялась тенденция к снижению частоты регулярных половых отношений и, напротив, увеличению полового воздержания. Остальные 49 (40,83%) пациенток связывали нерегулярные половые отношения не только с ТБ, но и диспареунией.

Анализ исходов беременности пациенток изучаемой когорты установил, что распространенность самопроизвольных абортотворений была достоверно больше (56,67%) в группе с выраженной интенсивностью ТБ ($p < 0,05$).

Интересно, что у 18,3% пациенток с ТБ в анамнезе были неоднократные выскабливания слизистой оболочки полости матки под контролем гистероскопии. Причем пациенткам с ТБ слабой интенсивности выскабливание слизистой полости матки проводилось на 1,1 раза реже, чем пациенткам 2-й группы, и на 1,2 раза реже, чем пациенткам 3-й группы ($p < 0,05$). Следует отметить, что изложенные данные создают благоприятные условия для инвазии и роста эндометриальных клеток в миометрии, которые ведут к нейродистрофическим изменениям в зоне гистобиологического барьера, возникающим в результате десмолитических и десмопластических процессов в слизистой оболочке, соединительной и мышечной ткани, нередко формирующихся в результате воспаления [6, 7].

Ни одной женщине контрольной группы выскабливание слизистой полости матки не проводилось.

Среди перенесенных гинекологических заболеваний у пациенток с ТБ, обусловленной аденомиозом, преобладали воспалительные заболевания органов малого таза (острый сальпингит и острый эндометрит в анамнезе) которые диагностировались у 38,33% больных.

Гиперпластические процессы эндометрия в анамнезе наблюдались у 22 (18,33%) пациенток с ТБ. Доброкачественные опухоли яичников в анамнезе наблюдались у 25 (17,06%) больных и отсутствовали у пациенток в группе без болевого синдрома. Опухолевидные образования яичника наблюдались среди пациенток со слабой интенсивностью ТБ – 30%, с умеренным болевым синдромом – 26,67% и с выраженной интенсивностью ТБ – 26,67%.

Обследование молочных желез выявило у 21,7% женщин наличие доброкачественных заболеваний молочной железы (фиброзная мастопатия), причем достоверных различий показателей в группах не отмечалось, в том числе и в группе контроля.

Доброкачественные заболевания шейки матки диагностировались у 27 (30%) пациенток с ТБ, обусловленной аденомиозом, и у 8 (26,7%) пациенток без болевого синдрома, следует отметить, что данные статистически достоверно не различались в группах.

В ходе исследования было установлено, что пациентки с болевой формой аденомиоза преимущественно страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 37,5%, желчевыводящих путей – 11,67%, сердечно-сосудистой системы – 10,83%.

Почти у каждой 3-й обследованной нами пациентки (37,5%) были обнаружены нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, наиболее часто – у 39 (86,67%) пациенток – был диагностирован хронический гастрит, у 6 (13,33%) – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

Установлено, что распространенность заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у пациенток с ТБ (46,67%) была достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы (10%) – в 1,7 раза ($p < 0,05$).

Сердечно-сосудистые заболевания отмечались у 13 (10,83%) женщин изучаемой когорты, наиболее часто выявлялась нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу – 2 (11,76%) пациентки. Эти данные говорят о том, что индекс здоровья обследованных женщин достоверно был низким, с чем было связано ослабление общих и местных защитно-приспособительных механизмов организма, что тоже находит литературное подтверждение [8, 9].

Анализ распространенности перенесенных операций в анамнезе показал, что у 17 (68%) пациенток основной группы была выполнена цистэктомия по поводу эндометриоидных кист яичников, у 8 (32%) – по поводу других доброкачественных образований яичников.

Анализ тонзилэктомий выявил достоверно более высокую частоту их у пациенток с ТБ слабой интенсивности – в 6,0 раза, с ТБ умеренной интенсивности – в 5,0 раза в сравнении с женщинами группы контроля ($p < 0,05$). Сальпингэктомии в анамнезе была произведена у 2 женщин: у одной из них – в связи с трубной беременностью, у второй – в связи с наличием гидросальпинкса (лапароскопическая сальпингэктомия).

Таким образом, результаты настоящего исследования демонстрируют, что отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющийся низким индексом здоровья, наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями являются способствующими факторами, высокая частота перенесенных оперативных вмешательств, в частности на матке, создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования хронического болевого синдрома при аденомиозе.

Вывод

На основании проведенных клинико-анамнестических исследований нами были выявлены определенные факторы риска ТБ у пациенток с аденомиозом, такие как: астенический конституциональный морфотип (ОШ 1,33, 95% ДИ 0,14–12,37), нерегулярные менструации (ОШ 1,64, 95% ДИ 0,99–4,62), самопроизвольные аборты (ОШ 2,13, 95% ДИ 0,12–38,48), острый сальпингит и острый эндометрит в анамнезе (ОШ 1,39, 95% ДИ 0,8,24,23), частые выскабливания слизистой стенок полости матки (ОШ 3,13, 95% ДИ 0,12–42,48), гиперпластические процессы эндометрия (ОШ 1,50, 95% ДИ 0,08–28,89).

Литература/References

1. *Эндометриоз: диагностика, лечение, реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013. www.petrus.ru/Cbairs/Midwifery/2.pdf / Endometrioz: diagnostika, lechenie, reabilitatsiia. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po vedeniiu bol'nykh. М., 2013. www.petrus.ru/Cbairs/Midwifery/2.pdf [in Russian]*
2. *Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина, 2006. / Adamian L.V., Kulakov V.I., Andreeva E.N. Endometriozy. Rukovodstvo dlia vrachei. 2-e izd. М.: Meditsina, 2006. [in Russian]*
3. *Vercellini P. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 2014; 29 (5): 964–77.*
4. *Неймарк А.И., Шелжовикова Н.В. Хронический эндометрит как причина рецидивирующего цистита, осложненного синдромом тазовой боли, у женщин репродуктивного возраста. Акушерство и гинекология. 2011; 4: 100–3. / Neimark A.I., Sheljovikova N.V. Khronicheskiy endometrit kak prichina reitsidiviruiushchego tsistita, oslozhnennogo sindromom tazovoi boli, u zhenshin reproduktivnogo vozrasta. Akusberstvo i ginekologiya. 2011; 4: 100–3. [in Russian]*
5. *Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных. Акушерство и гинекология. 2016; 2 (12). / Yarotskaia E.L. Tazovye boli v ginekologii: sovremennye podkbody k obsledovaniuu, lecheniiu i reabilitatsii bol'nykh. Akusberstvo i ginekologiya. 2016; 2 (12). [in Russian]*
6. *Сорокина А.В. Патогенез, прогнозирование и постгенетическая диагностика аденомиоза. Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 2012. / Sorokina A.V. Patogenez, prognozirovanie i postgeneticheskaya diagnostika adenomioza. Avtoref. dis... d-ra med. nauk. М., 2012. [in Russian]*
7. *Сидорова И.С., Унанян А.Л., Жолобова М.Н. и др. Клинико-анамнестическая характеристика больных с доброкачественными заболеваниями матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 1: 23–6. / Sidorova I.S., Unanian A.L., Zholobova M.N. i dr. Kliniko-anamnesticheskaia kharakteristika bol'nykh s dobrokachestvennymi zabolevaniiami matki. Akusberstvo, ginekologiya i reproduktivnaya. 2012; 1: 23–6. [in Russian]*
8. *Оразов М.Р. Современная концепция патогенеза синдрома хронической тазовой боли, индуцированной аденомиозом. Вестн. РУДН. Медицина. 2016; 2: 40–6. / Orazov M.R. Sovremennaya konceptsiya patogenezа sindroma khronicheskoi tazovoi boli, inducirovannoi adenomiozom. Vestn. RUDN. Meditsina. 2016; 2: 40–6. / Orazov M.R. Sovremennaiia kon-*

tseptsia patogeneza sindroma kbronicheskoi tazovoi boli, induktivnoy adenomiozom. Vestn. RUDN. Meditsina. 2016; 2: 40–6. [in Russian]

9. Оразов М.Р. Клинико-анамнестическая характеристика больных с хроническим тазовым болевым синдромом, обусловлен-

ным аденомиозом. Медико-соціальні проблеми сім'ї. 2014; 19 (1): 63–6. / Orazov M.R. Kliniko-anamnesticheskaia kbarakteristika bol'nykh s kbronicheskim tazovym bolevym sindromom, obuslovlennym adenomiozom. Mediko-sotsial'ni problemi sim'i. 2014; 19 (1): 63–6. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Оразов Мекан Рахимбердыевич – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: omekan@mail.ru.

Радзинский Виктор Евсеевич – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН, засл. деят. науки РФ. E-mail: radzinsky@mail.ru

Хамошина Марина Борисовна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: mbax999@yandex.ru.

Духин Армен Олегович – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: aodukhin@mail.ru.

Токтар Лилия Равильевна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского фак-та Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: toktarly@yandex.ru

Читанова Юрий Сергеевич – аспирант каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: 4itanava@gmail.com