

УДК 618.14-07

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА

М. Л. Добрынина², кандидат медицинских наук,

Н. В. Батрак^{1,2*}, кандидат медицинских наук,

Е. О. Кряжева²,

А. И. Малышкина^{1,2}, доктор медицинских наук

¹ ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Проведен ретроспективный анализ результатов применения методов диагностики аденомиоза: ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), гистероскопии – у 30 женщин с аденомиозом, верифицированным в дальнейшем при гистологическом исследовании удаленной матки в клинике ФГБУ «ИвНИИ МиД им В.Н. Городкова» Минздрава России. Обсуждается диагностическая тактика с учетом возраста и репродуктивных планов пациенток.

Ключевые слова: аденомиоз, диагностика аденомиоза, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, гистероскопия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): batrakn@inbox.ru.

Во всем мире эндометриозом страдают примерно 176 миллионов женщин, их число постоянно растет, поэтому данное заболевание относят к разряду современных эпидемий [1].

Аденомиоз рассматривается как форма эндометриоза, которая характеризуется появлением эндометриального эпителия и стромы за пределами эндометрия – в миометрии [4, 8]. В практике акушера-гинеколога аденомиоз встречается нередко: согласно статистике, это заболевание диагностируется у каждой третьей женщины до 40 лет, у пациенток с эндометриозом и бесплодием – до 91 % и даже у девушек-подростков – от 35 до 70–73 % [2, 6].

Особого внимания требует диагностика ранних стадий аденомиоза, так как для предупреждения прогрессирования заболевания необходимо заблаговременно начать медикаментозную терапию. Отсутствие своевременной терапии повышает риск необходимости хирургического лечения в дальнейшем, что может привести к снижению овариального резерва, фертильности и раннему наступлению менопаузы [2].

Основными методами диагностики аденомиоза являются УЗИ, МРТ, гистероскопия и гистеросальпингография. Их эффективность колеблется от 20 до 90 % [6]. Окончательный диагноз аденомиоза устанавливается только на основании гистологического заключения после удаления матки.

Каждый из способов имеет свои преимущества и недостатки. Методы применяются индивидуализиро-

ванно с учетом возраста пациентки, её репродуктивных планов, возможностей диагностики.

На базе гинекологических отделений клиники ФГБУ «ИвНИИ МиД им В.Н. Городкова» Минздрава России был проведен ретроспективный анализ 30 случаев аденомиоза, подтвержденного при гистологическом исследовании удаленной матки с целью оценки эффективности и особенностей применения отдельных методов диагностики. До операции во всех случаях использовались все рекомендованные методы. УЗИ матки и придатков проводилось на аппарате «Voluson E8» на 21–25-й день менструального цикла. МРТ органов малого таза выполняли на аппарате «GE HDxt» с напряженностью магнитного поля 1,5 Т на 6–8-й день цикла, гистероскопию – на аппарате «KARL STORZ» на 5–7-й день. Гистологическое исследование макропрепарата проводилось после гистерэктомии.

Критериями для постановки диагноза аденомиоза по результатам УЗИ явилось обнаружение небольших анэхогенных трубчатых структур, идущих по направлению от эндометрия к миометрию, а также неравномерность толщины базального слоя и наличие в нем гипо- и анэхогенных включений; зазубренность или локальные дефекты эндометрия; появление в миометрии, непосредственно примыкающем к полости матки, отдельных участков повышенной эхогенности; утолщение одной стенки матки по сравнению с другой, появление в зоне повышенной эхогенности округлых анэхогенных образований, а также жидкостных полостей, содержащих мелкодисперсную

взвесь (кровь), а иногда и плотные включения небольшой экзогенности [3, 11].

По данным МРТ, критериями аденомиоза считали неравномерное утолщение и неоднородность структуры переходно-соединительной зоны; появление трубчатых структур, идущих к миометрию; неровные контуры переходно-соединительной зоны с эффектом «зазубренности»; появление в переходно-соединительной зоне включений (полостей), расположенных одиночно и группами; асимметричное утолщение одной стенки матки по сравнению с другой; увеличение количества очагов и кистозных полостей в миометрии в области переходно-соединительной зоны; увеличение суммарного, и особенно переднезаднего, размера матки; формирование множественных мелких кистозных включений и полостей разного диаметра с геморрагическим компонентом или признаками обызвествления сгустков крови. При включении в патологический процесс висцеральной и париетальной брюшины матка при МРТ имела неровные, бугристые контуры за счет эндометриоидных гетеротопий на ее поверхности [6, 10, 11].

Диагноз аденомиоза по результатам гистероскопии устанавливался при выявлении эндометриоидных ходов на фоне бледно-розового эндометрия; расширения и деформации полости матки; феномена «пчелиных сот» (петлистый, скалистый рисунок стенок) [11].

Верификация аденомиоза проводилась по данным гистологического исследования макропрепарата, полученного в результате гистерэктомии. Выполнялось обзорное гистологическое исследование. Оперативно удаленный материал фиксировался в 10%-ном нейтральном формалине в течение 72 часов. После стандартной парафиновой проводки готовились срезы толщиной 4–5 мкм, которые затем окрашивались гематоксилином Эрлиха с докраской эозином и заключались в бальзам. В обзорных препаратах изучалась межучочная ткань, сосудистое русло и мышечный компонент.

Средний возраст обследованных составил 46 ± 6 лет. Средний возраст наступления менархе – $14 \pm 1,4$ года. Одни роды в анамнезе имели 17 (85 %) пациенток, двое – 7 (23 %), трое – одна (4 %), нерожавшими были 5 (15 %) женщин. У 13 (42 %) больных в анамнезе было один-два, у 2 (8 %) – три-четыре медицинских аборта, одна имела пять аборт. Отсутствие медицинского аборта в анамнезе зарегистрировано в 14 (46 %) случаях. В анамнезе заболевания шейки матки выявлены у 13 (35 %) пациенток, воспалительные заболевания матки и придатков – у 10 (34 %), бесплодие – у 4 (13 %), полипы эндометрия – у 3 (8%), внематочная беременность – у одной (5 %), миома матки – у одной (5 %) пациентки. Практически у всех женщин имелись различные нарушения менструальной функции.

Так, дисменорея отмечена у 21 (70 %), меноррагия – у 13 (43 %), метроррагия – у 10 (33 %) женщин. Диспареунию выявлена у 7 (23 %).

Были проведены следующие виды оперативного лечения: субтотальная гистерэктомия без придатков 12 пациенткам (40 %), субтотальная гистерэктомия с придатками – 7 (23 %), тотальная гистерэктомия с придатками – 6 (20 %), тотальная гистерэктомия без придатков – 5 (17 %).

Диагностическую точность каждого метода диагностики определяли по доле (в процентах) обследованных, которым диагноз аденомиоза был установлен данным методом еще до операции. По УЗИ данная патология была заподозрена в 56,7 % случаев (у 17 из 30 женщин), по МРТ – в 83,3 % (у 25), при гистероскопии – в 90 % (у 27).

По данным литературы, информативность УЗИ составляет от 20 до 60 % [11], чему соответствуют полученные нами данные (56,7 %). Основными преимуществами УЗИ являются неинвазивность, доступность, низкая стоимость, быстрота выполнения. Недостатками можно считать получение изображения в одной плоскости, субъективизм, низкую чувствительность выявления начальных стадий аденомиоза. Для повышения информативности и ранней диагностики используется цветное доплеровское картирование с функциональной нагрузочной пробой [5, 11]. При этом определяется индекс резистентности маточных артерий (IRma) до и после проведения функциональной нагрузочной пробы с последующим вычислением коэффициента функциональной пробы (КФП) маточных артерий [11]. Проба считается положительной при КФП более 1,2, что свидетельствует о ранней стадии аденомиоза. Однако использование данного метода не всегда возможно [11].

В соответствии с данными научной литературы, МРТ-диагностика имеет высокую информативность (64–88 %), что связано с высокой чувствительностью данного метода в отношении ранних стадий аденомиоза [11]. В исследуемой группе заболевание диагностировано при МРТ в 83,3 % случаев. Преимуществами МРТ являются неинвазивность, доступность, высокая чувствительность при начальных стадиях аденомиоза, относительно низкая стоимость, получение послойного изображения. Недостатками – возможный субъективизм врача, длительность исследования, отсутствие возможности исследования эндометрия.

Чувствительность метода гистероскопии при диагностике аденомиоза составляет 32,9–91,4 % [11], в нашем исследовании – 90 %. Высокая диагностическая ценность гистероскопии не вызывает сомнений, кроме того, метод дает возможность взятия материала (эндометрия) для гистологического исследования. Недостатками гистероскопии являются инвазивность, субъективность оценки, риск разви-

тия осложнений хирургического и анестезиологического пособия, невозможность точного определения стадии заболевания, высокая стоимость по сравнению с МРТ.

При индивидуальном выборе методов диагностики аденомиоза необходимо учитывать возраст и репродуктивные планы женщины. Для пациенток, не завершивших репродуктивную функцию, в приоритете остаются неинвазивные методы: УЗИ и МРТ. УЗИ можно использовать как первый метод диагностики аденомиоза, но при расхождении клинической картины и полученных данных, сложностях диагностики необходимо направить пациентку на МРТ. Поскольку МРТ обладает большей чувствительностью на ран-

них стадиях аденомиоза по сравнению с УЗИ, целесообразно сразу назначить МРТ. Гистероскопия не всегда может быть рекомендована нерожавшим женщинам из-за её инвазивности и возможного развития осложнений как хирургического вмешательства, так и анестезиологического пособия. Этот метод чаще применяется у женщин с подозрением на аденомиоз и аномальными маточными кровотечениями, когда особенно важна возможность гистологического исследования эндометрия.

Таким образом, для диагностики аденомиоза методы обследования должны применяться строго индивидуально с учетом возраста пациентки и её репродуктивных планов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зотова, О. А. Аденомиоз: клиника, факторы риска, проблемы диагностики и лечения / О. А. Зотова, Н. В. Артымук // Гинекология. – 2015. – № 6. – С. 31–34.
2. Аденомиоз: фокус на терапию / Гинекология. – 2019. – № 5. – С. 16–19.
3. Барто, Р. А. Ультразвуковая диагностика аденомиоза / Р. А. Барто. – Москва : Печатный дом, 2017. – С. 3–7.
4. Современные аспекты патогенеза и диагностики аденомиоза / К. М. Джамалутдинова, И. Ф. Козаченко, А. И. Гус, Л. В. Адамян // Акушерство и гинекология. – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 29–34.
5. Ультразвуковая диагностика аденомиоза I степени распространения / И. И. Куценко, Е. И. Кравцова, А. Н. Симовоник, О. А. Рудеева // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 11–17.
6. Магнитно-резонансная томография в диагностике эндометриоза / Д. С. Чегина, О. В. Сергиеня, А. Ю. Ефимцев [и др.] // Трансляционная медицина. – 2019. – Т. 6, № 6. – С. 40–50.
7. Могильная, Г. М. Компоненты переходной зоны стенки матки при аденомиозе / Г. М. Могильная, И. И. Куценко, А. Н. Симовоник // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 23–27.
8. Оценка результатов комплексного обследования пациенток с аденомиозом / Т. В. Клинышкова, Н. Б. Фролова, Е. А. Церцанова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – Т. 19, № 1. – С. 70–74.
9. Симовоник, А. Н. Совершенствование ранней диагностики аденомиоза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Симовоник Анна Николаевна. – Иваново, 2018. – С. 18–20.
10. Трудности диагностики узловой и диффузной форм аденомиоза / А. А. Шкляр, Л. В. Адамян, Е. А. Коган [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 67–72.
11. Эндометриоз : клинические рекомендации. – Москва : Минздрав России, 2016. – С. 8–21.

TECHNIQUES OF ADENOMYOSIS DIAGNOSIS: PECULIARITIES OF APPLICATION AND EFFICACY

M. L. Dobrynina, N. V. Batrak, E. O. Kryazheva, A. I. Malyshkina

ABSTRACT Retrospective analysis of the results obtained after application of adenomyosis diagnosis techniques: ultrasound examination, magnetic resonance imaging, hysteroscopy was performed in 30 women with adenomyosis; these results were verified later on in histological examination after hysterectomy in the clinic of Federal State Budgetary Institution "Ivanovo Research Institute of Maternity&Childhood by V.N.Gorodkov" of the Ministry of Health Care of the Russian Federation. The diagnosis tactics was discussed with due regard to age and reproductive plans of the patients.

Key words: adenomyosis, diagnosis of adenomyosis, ultrasound examination, magnetic resonance imaging, hysteroscopy.