

УДК 618.5.006.36–089-053

© Коллектив авторов, 2012.

## УЗЛОВОЙ АДЕНОМИОЗ И СИНЕХИИ В ПОЛОСТИ МАТКИ, ИМИТИРУЮЩИЕ НЕПОЛНУЮ ВНУТРИМАТОЧНУЮ ПЕРЕГОРОДКУ. ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

И. В. Ключаров<sup>1</sup>, Г. О. Кливленд<sup>1</sup>, К. Ф. Юсупов<sup>2</sup>, А. А. Хасанов<sup>1</sup>, З. А. Гайнеева<sup>3</sup>, Е. М. Устинова<sup>3</sup><sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» (зав. – профессор А. А. Хасанов),<sup>2</sup>Кафедра лучевой диагностики ГОУ ДПО «Казанская ГМА» (зав. – профессор М. К. Михайлов), <sup>3</sup>ГБУЗ «Городская поликлиника №2. Женская консультация» (зав. – З. А. Гайнеева), г. Казань.

### TERMED ADENOMYOSIS AND INTRAUTERINE SYNECHIAE MIMICKING INCOMPLETE INTRAUTERINE SEPTUM. QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

I. V. Klyucharov, G. O. Kliveland, K. F. Yusupov, A. A. Hassanov, Z. A. Gaineeva, E. M. Ustinova

#### SUMMARY

Termed adenomyosis and intrauterine synechiae are not described together to mimic incomplete intrauterine septum and presenting an interesting clinical case. At a first stage a diagnosis and treatment performed simultaneously via office hysteroscopy revealed a second clinical problem – termed submucous adenomyosis. In this case presence of the diabetes mellitus complicated the development of the management plan for organopreserving surgery.

### УЗЛОВИЙ АДЕНОМІОЗ ТА СИНЕХІЇ В ПОРОЖНИНІ МАТКИ, ЩО ІМІТУЮТЬ НЕПОВНУ ВНУТРІШНЬОМАТКОВУ ПЕРЕГОРОДКУ. ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

I. В. Ключаров, Г. О. Кливленд, К. Ф. Юсупов, А. А. Хасанов, З. А. Гайнеева, Е. М. Устинова

#### РЕЗЮМЕ

Представляємо цікавий клінічний випадок поєднання узлового аденоміозу та внутрішньоматкових синехій, що імітують неповну внутрішньоматкову перегородку. На першому етапі діагностики та лікування при проведенні офісної гістероскопії була виявлена друга клінічна проблема – вузловий підслизовий аденоміоз. У цьому випадку наявність цукрового діабету ускладнила розробку плану щодо проведення органозберігаючої операції.

**Ключевые слова:** аденомиоз, синехии, матка, диагностика, лечение.

Узловой аденомиоз и синехии в полости матки не описаны вместе в доступной литературе и являются интересными проблемами, с которыми по отдельности часто приходится сталкиваться гинекологу в практической работе. Представляем клиническое наблюдение и обзор литературы.

Больная Р., 40 л., направлена на гистероскопию в связи с впервые обнаруженной неполной перегородкой матки и жалобами на обильную болезненную менструацию, беспокоящую в течение последних 6 месяцев. В анамнезе 2 беременности (Р-1, А-1), неоднократные ультразвуковые исследования (УЗИ), проведенные ранее, не обнаруживали данного образования. Роды произошли 10 лет назад, выскабливание полости матки по поводу беременности 6 лет назад, оба события без осложнений. Сопутствующая патология: сахарный диабет 1 типа, субкомпенсированный, в течение 15 лет. После полного информирования о сути гистероскопии «S&T», получения письменного согласия на проведение процедуры гистероскопии методом вагиноскопии без обезболивания, с помощью «Alphascope» J&J проведена

диагностическая процедура, во время которой была обнаружена неполная перегородка, простирающаяся от внутреннего зева до верхней трети полости матки таким образом, что верхняя треть полости матки, трубные углы были свободны. Перегородка была представлена плотной беловатой бессосудистой тканью. Ширина перегородки составила приблизительно 1,0 см в нижней части и 2,0 см в верхней части. Рассечение перегородки было произведено гистероскопическими ножницами острым путем. Кровотечения не было. После ревизии полости матки было отмечено некоторое выпячивание передней стенки матки. Оценка боли по шкале VAS составила 1 б. Расход жидкости – 400,0 мл, время операции – 20 минут. На этом решено завершить гистероскопию и продолжить обследование. Через неделю проведено УЗИ с трехмерной реконструкцией и описан узловой аденомиоз в передней стенке матки диаметром 3,5 см, деформирующий полость матки не менее чем на 50% и характеризующийся активным кровотоком в узле. Повторная диагностическая гистероскопия, проведенная через 3 недели, после очередной мен-

струации не выявила синехий в полости матки и подтвердила наличие субмукозного узла диаметром не менее 3,5 см располагающегося на широком основании, и не менее 50% которого находится в полости матки. Учитывая сохранение симптомов гиперполименореи и наличие аденомиомы 1 типа, наличие сахарного диабета в субкомпенсированной форме в настоящее время пациентка продолжает обследование и готовится ко второму этапу лечения.

Данное клиническое наблюдение интересно как сочетанием аденомиоза и синехий, совместно имитировавших перегородку, возможностью эффективной диагностики и одномоментного лечения в условиях амбулатории, так и необходимостью проведения второго этапа лечения для получения клинического результата.

Синехии полости матки являются достаточно редкой патологией и, согласно определению, представляют собой облитерацию полости матки различной степени выраженности (I-IV степень по классификации ESH, 1989) [9]. Диагностика основана на данных жалоб, анамнеза, соногистерографии и гистероскопии. Офисная гистероскопия является важным инструментом диагностики и лечения в условиях амбулатории [3].

В настоящее время доступно несколько технологий для проведения адгезиолизиса [9]: 1) тупое разделение нежных спаек тубусом гистероскопа во время гистероскопии, 2) механическое разделение спаек ножницами, введенными в полость матки через операционный канал гистероскопа, 3) воздействие лазером, введенным в полость матки через операционный канал гистероскопа, 4) монополярная или биполярная энергия, 5) гидролаваж, 6) внутриматочный катетер, 7) флюороскопическая техника.

Аденомиома характеризуется концентрацией аденомиозной ткани в одном фокусе миометрия и по клинической картине во многом напоминает субмукозную миому [8]. Диагноз аденомиоза и определение его морфологической активности определяется по результатам комплекса морфологических исследований [5]. Клинически подозрение на аденомиоз ставится на основании визуализирующих исследований и клинической картины заболевания [10].

Наиболее эффективным лечением симптомного аденомиоза считается гистерэктомия. Для проведения органосохраняющего лечения аденомиомы имеется несколько вариантов. С целью неоперативного лечения могут быть использованы прогестин-содержащие внутриматочные средства [1, 2], агонисты гонадотропин-рилизинг гормона [4], ингибиторы ароматазы [11]. В качестве органосохраняющего оперативного лечения используется гистерорезекция, лапароскопическая коагуляция [6,

7] или эмболизация маточных артерий [1]. Возможно сочетание оперативных и неоперативных методов органосохраняющего лечения. Дополнительное влияние на выбор метода лечения оказывает сопутствующая патология, представленная у пациентки сахарным диабетом. В этих условиях выбор метода лечения между конкурирующими технологиями не является простым как для пациентки, так и для врача. Окончательный выбор будет сделан на основе консультации специалистов с учетом рисков и преимуществ каждого метода, и с учетом мнения и пожеланий пациентки об органосохраняющем или органосохраняющем характере предлагаемого лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Effects of short-course buserelin therapy on adenomyosis : a report of two cases / F. J. Huang, F. T. Kung, S. Y. Chang [et al.] // *J. Reprod. Med.* – 1999. – № 44 (8). – С. 741.
2. Fong Y. F. Medical treatment of a grossly enlarged adenomyotic uterus with the levonorgestrel-releasing intrauterine system / Y. F. Fong, K. Singh. – *Contraception*, 1999. – Vol. 60 (3). – С. 173.
3. Jones K. Ambulatory gynaecology: a new concept in the delivery of healthcare for women / K. Jones // *Gynecological surgery*. – 2006. – № 3. – P. 153–156.
4. Kitawaki J. Adenomyosis: the pathophysiology of an oestrogen-dependent disease / J. Kitawaki // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2006. – № 20 (4). – P. 493.
5. Levgur M. Diagnosis of adenomyosis: a review / M. Levgur // *J. Reprod. Med.* – 2007. – № 52 (3). – P. 177.
6. Long-term results of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis / M. D. Kim, S. Kim, N. K. Kim [et al.] // *AJR Am. J. Roentgenol.* – 2007. – № 188 (1). – P. 176.
7. McCausland V. The response of adenomyosis to endometrial ablation/resection / V. McCausland, A. McCausland // *Hum. Reprod. Update.* – 1998. – № 4 (4). – P. 350.
8. McElin T. W. Adenomyosis of the uterus / T. W. McElin, C. C. Bird // *Obstet. Gynecol. Annu.* – 1974. – № 3. – P. 425.
9. Panayotidis S. Intrauterine adhesions (IUA): has there been progress in understanding and treatment over the last 20 years? / S. Panayotidis, S. Weyers // *Gynecological surgery*. – 2009. – Vol. 6, № 3. – P. 197–211.
10. Ryan G. L. An unusual cause of adolescent dysmenorrhea / G. L. Ryan, A. Stolpen, B. J. Van Voorhis // *Obstet. Gynecol.* – 2006. – Vol. 108. – № 4. – P. 1017.
11. Wood C. Surgical and medical treatment of adenomyosis / C. Wood // *Hum. Reprod. Update.* – 1998. – Vol. 4, № 4. – P. 323.