

УДК 618.14-002.-073

## ПРИМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ТЕЛА МАТКИ

М.И. Паламарчук, Т.Ю. Егорова, к.м.н., доцент

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*В работе представлены результаты клинических исследований метода электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту в выявлении внутреннего эндометриоза тела матки и дана оценка его диагностической эффективности.*

*Методом электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту обследована 101 женщина в возрасте от 28 до 54 лет, страдающих объемными образованиями тела матки, по поводу которого они были подвергнуты оперативным вмешательствам.*

*Диагноз внутреннего эндометриоза тела матки методом электропунктурного вегетативного резонансного теста установлен у 43 из 46 пациенток с клиническим диагнозом аденомиоз. Ложноотрицательные результаты были получены у 3 обследуемых.*

*Заключение: «внутреннего эндометриоза тела матки нет» методом электропунктурного вегетативного резонансного теста было сделано у 48 из 55 больных, у которых при оперативном вмешательстве аденомиоз не был выявлен. Ложноположительные результаты наблюдались в 7 случаях.*

*Таким образом, диагностическая значимость исследования составляет: чувствительность – 93,5%, специфичность – 87,3% и общая точность теста – 90,1%.*

*Сделан вывод, что электропунктурный вегетативный резонансный тест – простой, безопасный и высокоэффективный метод, позволяющий проводить диагностику и дифференциальную диагностику внутреннего эндометриоза тела матки.*

**Ключевые слова:** *внутренний эндометриоз тела матки, диагностика, вегетативный резонансный тест.*

*The article shows the findings of clinical assessments of the electropunctural diagnosis method by the vegetative resonance test aimed at the determination of the uterus body internal endometriosis and estimates its diagnostic efficacy.*

*101 women aged 28-54 years suffering from a gross neoplasm of the uterus body for which they had undergone operative intervention were examined by the electropunctural diagnosis method according to the vegetative resonance test.*

*The diagnosis of the uterus body internal endometriosis was made by the method of electropunctural vegetative resonance test in 43 out of 46 patients with clinical diagnosis of adenomiosis. Pseudonegative findings were obtained in 3 surveyed patients.*

*Conclusion: the diagnosis “there is no uterus body internal endometriosis” was made by the method of electropunctural vegetative resonance test in 48 out of 55 patients in whom adenomiosis had not been revealed during the operative intervention. Pseudonegative findings were noted in 7 cases.*

*Thus, diagnostic significance of the study is as follows: sensitivity – 93,5%, specificity – 87,3% and general accuracy of the test – 90,1%.*

*The conclusion was made that electropunctural vegetative resonance test is a simple, safe and highly effective method giving an opportunity to make both diagnosis and differential diagnosis of the uterus body internal endometriosis.*

**Key words:** *uterus body internal endometriosis, diagnostics, vegetative resonance test.*

Внутренний эндометриоз тела матки (аденомиоз, внутренний генитальный эндометриоз) является наиболее частым проявлением генитального эндометриоза. Среди всех поражений эндометриозом половых органов частота аденомиоза достигает 70-90% [9].

Внутренний эндометриоз матки представляет собой доброкачественный патологический процесс, характеризующийся появлением в миометрии эпителиальных (железистых) и стромальных элементов, имеющих эндометриальное происхождение. Аденомиоз локализуется в мышечном слое матки, и поэтому другое его название – внутренний генитальный эндометриоз.

Эндометриоз тела матки чаще всего встречается у женщин репродуктивного возраста (25-40 лет), но нередко и в возрасте 40-50 лет, особенно в соче-

тании с миомой матки. Точная популяционная частота его неизвестна. Б.И. Железнов и А.Н. Стрижков обнаружили внутренний эндометриоз у 14% женщин, подвергшихся гистерэктомии, R. Shaw – у 15%, J. Berek и соавт. – у 27%, S. Markham – у 31% [13, 15, 16].

В его возникновении немалую роль играют патологические роды, аборт, диагностические выскабливания полости матки и другие внутриматочные вмешательства, воспалительные процессы. Патологические роды и аборт, сопровождающиеся воспалительными процессами, приводят к морфологической и метаболической дезорганизации эндометрия и прилегающего к нему миометрия, нарушению функциональных связей в системе гипофиз – матка – яичники и последующему расстройству созревания фолликулов и процесса ову-

ляции. В связи с этим в эндометрии часто возникают гиперпластические процессы, по поводу которых выполняются диагностические выскабливания, при которых нередко нарушаются соединительно-тканная основа базального слоя эндометрия и прилегающие мышечные элементы (защитная зона). При этом жизнеспособные клетки эндометрия могут проникать в миометрий и приживаться в нем.

Диагностика внутреннего эндометриоза представляет определенные трудности. Для его выявления используют различные методы исследования (гистеросальпингография, гистероскопия, компьютерная томография, УЗИ). При этом необходимо отметить, что гистерография и гистероскопия являются инвазивными процедурами [4,8]. К недостаткам компьютерной томографии следует отнести ее низкую пропускную способность и высокую стоимость аппаратуры [3].

По мнению Atri M. и соавт., до операции (в радикальном объеме) диагноз аденомиоз выставляется лишь в 10-20% случаев [12]. В амбулаторных условиях диагностика внутреннего эндометриоза еще ниже и, по данным Рухляда Н.Н., составляет 1,6% [7].

Недостаточная чувствительность методов исследования, сложность дифференциальной диагностики и, в меньшей степени, наличие диагностически негативных форм аденомиоза приводит к тому, что в 85-93% аденомиоз является послеоперационным, а, точнее, гистологическим диагнозом [6,14].

Таким образом, дооперационное выявление внутреннего генитального эндометриоза до настоящего времени представляет собой сложную задачу и возможно лишь при применении инвазивных методов исследования, позволяющих провести морфологическое исследование патологического материала, что является «золотым стандартом» диагностики аденомиоза [2].

Актуальным остается поиск других диагностических методов, более безопасных и менее травматичных, обладающих при этом высокой диагностической эффективностью.

Таким требованиям могут соответствовать метод электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту (ЭПД по ВРТ) [11].

Известно, что данные методы позволяют целенаправленно обследовать пациента с высокой достоверностью и минимальными затратами. Проведенные нами исследования по диагностике методом ЭПД по ВРТ ряда заболеваний женской половой сферы (кисты яичников, миома матки и воспалительные процессы придатков матки) показали совпадение с клиническими диагнозами в 96,2% случаев [5].

Диагностика методом ВРТ заключается в явлении резонанса, возникающем в организме исследуемого при предъявлении определенного спектра частот извне, соответствующих определенному патологическому процессу. При наличии аналогичного спектра частот в организме пациента это проявляется в изменении кожного сопротивления, что фиксируется прибором для ЭПД. Это позволяет

проводить диагностику и дифференциальную диагностику скрыто протекающих, стертых форм заболеваний, в том числе, таких, как внутренний генитальный эндометриоз.

Для диагностики в ЭПД по ВРТ используются нозоды и органические препараты. В качестве исходного материала для их приготовления служат, соответственно, «продукты» болезней (кровь, лимфа, секрет желез, ткани пораженных органов и др.) и ткань здоровых органов. Сегодня нозоды и органические препараты представлены в виде т.н. «информационных аналогов диагностических маркеров», находящихся в диагностических тест-кассетах или в медикаментозном селекторе приборов для ЭПД. «Информационные аналоги диагностических маркеров» – это электронные копии спектрально-волновых характеристик органо-препаратов, гомеопатии, нозодов и т.д.

Данных о диагностике внутреннего эндометриоза тела матки методом ЭПД по ВРТ в доступной литературе не найдено, что и определяло актуальность проводимых исследований.

Цель исследования – определить диагностическую значимость электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту в выявлении внутреннего эндометриоза тела матки.

#### Материалы и методы исследования

Проведено рандомизированное контролируемое исследование больных, страдающих объемными образованиями тела матки, по поводу которого они были подвергнуты оперативным вмешательствам. Методом ЭПД по ВРТ обследована 101 женщина в возрасте от 28 до 54 лет. Все пациентки находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении ГУ «Центральная городская клиническая больница» г. Гродно.

Критерием включения в исследование являлось наличие объемного образования тела матки, требующего оперативной коррекции.

Из группы обследованных исключены больные, которые отказались от лечебно-диагностических манипуляций или объем оперативного вмешательства не позволил исключить или подтвердить диагноз внутреннего эндометриоза тела матки.

Клинический диагноз внутреннего генитального эндометриоза устанавливался путем морфологического исследования патологического образования тела матки.

Методом ЭПД по ВРТ больные исследовались перед проведением операций, без знакомства с медицинской документацией и данных других методов обследования. У всех пациенток было получено добровольное информированное согласие на проведение исследования. Для ЭПД по ВРТ использовался аппарат СВН-1. Для определения резонанса на нозоды и органические препараты применялись микрорезонансные контуры, предложенные украинским ученым Сарчуком В.Н. и диагностические кассеты производства «ИМЕДИС» г. Москва [1, 10].

При диагностике методом ЭПД по ВРТ у всех пациенток определялся гинекологический статус. По результатам обследования выставлялся электропунктурный диагноз, который по завершении

всего исследования сверялся по истории болезни с клиническим диагнозом.

По результатам окончательно установленного клинического диагноза все обследуемые были разделены на две группы: основную и группу сравнения. Первую группу составили 46 женщин с аденомиозом, вторую группу – 55 пациенток с миомой матки.

Диагностическая эффективность метода определялась согласно критериям доказательной медицины (чувствительность, специфичность, точность и т.д.). Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрической статистики (медиана (Me), 25% и 75% процентиля). Доверительный интервал (ДИ) был принят за 95%. Оценка различия долей проводилась с использованием углового преобразователя Фишера, двухсторонний критерий. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и обсуждение

Возраст обследуемых колебался от 28 до 53 лет, составляя в среднем  $43,3 \pm 8,9$  года в 1-й группе и от 28 до 54 лет при среднем возрасте –  $44,0 \pm 9,1$  года во 2-й группе.

Средний возраст наступления менархе у больных в 1-й группе варьировал от 12 до 17 лет, составляя в среднем  $13,7 \pm 1,3$  года, у пациенток 2-й группы – от 11 до 17 лет (в среднем  $12,6 \pm 1,2$  года), менструации у большинства обследуемых обеих групп установились сразу. Длительность менструального цикла до заболевания в среднем составляла  $27,0 \pm 1,5$  дня (колебания от 21 до 30 дней) и  $27,3 \pm 1,6$  день (колебания от 24 до 35 дней) в основной и контрольной группах, соответственно. Продолжительность менструаций у большей части больных с эндометриозом – 36 (78%; ДИ 66-90%) составила 5-7 дней, во 2-й группе таких женщин выявлено 29 (53%; ДИ 39-66%;  $p < 0,05$ ).

Особенностями репродуктивного анамнеза обследуемых, страдающих аденомиозом, явилось большое количество аборт – у 34 (74%; ДИ 61-87%) пациенток и большое количество родов – у 42 (91%; ДИ 83-99%) женщин, только у 4 (9%; ДИ 0-17%) пациенток родов не было. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе были у 11 (24%; ДИ 11-36%) больных. У многих обследуемых 2-й группы – 35 (64%; ДИ 51-77%) в анамнезе было искусственное прерывания беременности, у 22 (40%; ДИ 27-53%) из них – 2-3 аборта и более. Рожали 48 (87%; ДИ 78-96%) женщин 2-й группы, у 7 (13%; ДИ 4-22%) больных родов не было.

Из перенесенных гинекологических заболеваний в основной и контрольной группах обследуемых преобладали: воспалительные заболевания матки и придатков (70%; ДИ 56-83% и 51%; ДИ 37-64%;  $p < 0,05$ ), эрозия шейки матки (52%; ДИ 37-66% и 56%; ДИ 42-69%), дисфункциональные маточные кровотечения (26%; ДИ 13-39% и 33%; ДИ 20-46%), кисты яичников (24%; ДИ 20-45% и 13%; ДИ 4-22%;  $p < 0,05$ ), соответственно.

20 (44%; ДИ 29-58%) пациенток из группы больных с аденомиозом и 22 (40%; ДИ 27-53%) женщин 2-й группы в анамнезе имели оперативные

вмешательства на гениталиях по поводу внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута кисты яичника и другой патологии.

У 38 (83%; ДИ 72-94%) пациенток, страдающих внутренним эндометриозом тела матки, в анамнезе были указания на большое число перенесенных и сопутствующих заболеваний (детские инфекции, ОРВ, ангина), 24 (52%; ДИ 37-68%) имели хронический гастрит, холецистит, у 16 (35%; ДИ 24-49%) обследуемых выявлены обменно-эндокринные нарушения (ожирение I-III степени, сахарный диабет), а также артериальная гипертония, нейроциркуляторная дистония, каждая четвертая (28%; ДИ 15-41%) больная перенесла бронхит, пневмонию. Указания на заболевания почек и мочевого пузыря были у 14 (30%; ДИ 16-43%) обследуемых.

Из перенесенных экстрагенитальных заболеваний наиболее часто в группе женщин с миомами матки встречались острые респираторные заболевания – 46 (84%; ДИ 74-94%) пациенток и детские инфекции – 38 (69%; ДИ 56-81%) больных. На болезни желудочно-кишечного тракта жаловались 26 (47%; ДИ 33-60%) женщин, на заболевания печени и желчевыводящих путей – 12 (22%; ДИ 11-33%). О перенесенных болезнях органов дыхания упоминали 16 (29%; ДИ 17-41%) пациенток, заболеваниях мочевыводящих путей – 12 (22%; ДИ 11-33%) обследуемых.

До поступления в отделение 12 (26%; ДИ 13-39%) женщин с внутренним генитальным эндометриозом и 11 (20%; ДИ 9-31%) пациенток 2-й группы получали длительное консервативное лечение, включающее физиотерапевтические методы воздействия, антибактериальную и противовоспалительную терапию. Из них 12 (26%; ДИ 13-39%) обследуемых 1-й группы и 8 (15%; ДИ 5-24%) 2-й группы в течение 6-12 месяцев получали гормональную терапию: норколут, 17-ОПК, депо-провера, прогестерон, дюфастон, клостилбегит, марвелон и др. На стационарном лечении ранее находилось, соответственно, 27 (59%; ДИ 44-73%) и 20 (36%; ДИ 23-49%;  $p < 0,05$ ) больных, в т.ч. 13 (28%; ДИ 15-41%) и 13 (23%; ДИ 11-34%) женщин многократно.

Продолжительность наблюдения за пациентками до поступления в гинекологическое отделение и настоящего обследования была почти одинаковой и достаточно длительной, составляя в группе больных с аденомиозом от 3 до 15 лет (в среднем  $6,3 \pm 1,4$  года), в контрольной группе – от 6 месяцев до 14 лет (в среднем  $5,4 \pm 0,8$  года).

Жалобы обследуемых 1-й группы носили следующий характер: преобладали разнообразные боли внизу живота и в пояснице (87%; ДИ 77-97%), обильные, со сгустками и длительные месячные (83%; ДИ 72-94%), болезненное протекание месячного цикла (61%; ДИ 46-75%), перименструальные мажущие кровянистые выделения из половых путей (41%; ДИ 26-55%), диспареуния (37%; ДИ 23-51%).

У больных 2-й группы чаще всего отмечались ноющие боли внизу живота, не связанные с менструацией (75%; ДИ 63-86%), боли в области поясницы и крестца (58%; ДИ 45-71%), альгоменорея

(51%; ДИ 37-64%), полименорея (42%; ДИ 29-55%;  $p < 0,001$ ), кровянистые выделения в скудном количестве из половых путей до и после менструации (35%; ДИ 22-48%), дискомфорт и боли при интимной близости (7%; ДИ 0,5-14%;  $p < 0,001$ ). Другие нарушения функций смежных органов (запоры, тенезмы, затруднение или учащение дефекации и мочеиспускания) имели место у 10 (22%; ДИ 10-34%) женщин с внутренним эндометриозом тела матки 22 (40%; ДИ 27-53%;  $p < 0,05$ ) пациенток контрольной группы.

После полного клинико-инструментального обследования перед операцией, соответственно, в 1-й и 2-й группах больных, установлены следующие диагнозы: миома матки у 46 (100%) и 55 (100%) пациенток, кисты яичников выявлены у 11 (24%; ДИ 11-36%) и 10 (18%; ДИ 8-28%) случаях, хронический сальпингоофорит установлен у 15 (33%; ДИ 19-47%) и 5 (9%; ДИ 1-17%;  $p < 0,001$ ) женщин.

Увеличение размеров матки, соответствующих 10-12 недель беременности, а также отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения явились основными показаниями к оперативному вмешательству.

В результате оперативного вмешательства и гистологического исследования удаленных тканей в группе больных аденомиозом миома матки диагностирована у 37 (80%; ДИ 68-92%) пациенток, спаечный процесс выявлен у 12 (26%; ДИ 13-39%) обследуемых, киста яичников – у 11 (24%; ДИ 11-36%), хронический сальпингоофорит – у 10 (22%; ДИ 10-34%).

Локализации патологических очагов у пациенток с внутренним генитальным эндометриозом была следующей: тело матки – 46 (100%), эндометриоз яичников – 12 (26%; ДИ 13-39%), ретроцервикальный эндометриоз – 9 (20%; ДИ 8-32%), маточных труб – 3 (7%; ДИ 0-14%), шейки матки – 2 (4%; ДИ 0-10%).

У женщин 2-й группы клинические диагнозы распределились по следующим нозологическим формам: миома матки – 55 (100%;  $p < 0,001$ ) обследуемых, киста яичника выявлена у 10 (18%; ДИ 8-28%) пациенток, сальпингоофорит у 8 (15%; ДИ 5-24%) больных, спаечный процесс органов малого таза обнаружен у 6 (11%; ДИ 3-20;  $p < 0,05$ ) женщин.

Диагноз внутренний эндометриоз тела матки методом ВРТ установлен у 43 из 46 больных с клиническим диагнозом аденомиоз, что составляет 93,5%. Ложно отрицательные результаты были получены у 3 пациенток.

Заключение: «внутреннего генитального эндометриоза нет» методом ВРТ было сделано у 48 из 55 больных (87,3%) у которых при оперативном вмешательстве диагноз аденомиоз не был выявлен. Расхождение наблюдалось в 7 случаях.

Как видно из приведенных данных, диагностическая значимость исследования составляет: чувствительность – 93,5%, специфичность – 87,3%, общая точность – 90,1%, диагностическая значимость отрицательных результатов – 94,1%, диагностическая значимость положительных результатов – 86,0%.

К преимуществам метода ЭПД по ВРТ необходимо отнести его неинвазивность, безвредность и безопасность. В связи с этим обследование может многократно проводиться больным в любой фазе менструального цикла. Методика проведения диагностики не требует специальной подготовки пациенток.

### Выводы

1. Метод ЭПД по ВРТ в диагностике внутреннего эндометриоза тела матки имеет чувствительность – 93,5%, специфичность – 87,3%, точность – 90,1%.

2. Метод ЭПД по ВРТ может быть рекомендован к применению в качестве экспресс-метода для скринингового обследования больных, страдающих объемными образованиями тела матки, а также для дифференциальной диагностики в клинически сложных случаях.

3. При установлении диагноза аденомиоз методом ЭПД по ВРТ больным показано целенаправленное обследование в специализированных клиниках.

### Литература

1. А. с. 1448438 СССР, МКИ А61Н 39/00. Способ Сарчука В.Н. по фиксации волновых характеристик тестируемых объектов. / Сарчук В.Н. – Опубл. в Б.И. 01.09.1988г.
2. Адамян, Л.В. Клинико-генетические аспекты аденомиоза. / Л.В. Адамян, Е. Н. Андреева // Акушерство и гинекология. – 1999. – №3. – С. 38–43.
3. Зыкин, Б.И. Диагностика новообразований внутренних половых органов у женщин с помощью эхографии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – акушерство и гинекология / Б.И. Зыкин. – М.: Всесоюзный научно-исследовательский центр охраны материнства и детства. – 1982г. – 12 с.: рис., табл.
4. Ищенко, А. И. Патогенез, клиника, диагностика и оперативное лечение распространенных форм генитального эндометриоза: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01. – акушерство и гинекология / А. И. Ищенко. – М.: РАМН. Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – 1993. – 36 с.: рис., табл.
5. Клименко, П.Д. Методика прогнозирования и диагностики некоторых заболеваний женской половой сферы по сочетанию индивидуальной характеристической частоты (ИХЧ) и этиологического фактора. / П.Д. Клименко, Е.Т. Малахова, Д.П. Клименко и др. // УП съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. Гродно. 13-14 ноября 2002г. – Гродно. – 2002г. – Т. I. – С. 196-201.
6. Кудрина, Е.А. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению генитального эндометриоза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01. – акушерство и гинекология. / Е.А. Кудрина. – М.: РАМН. Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – 1999. – 58 с.: рис., табл.
7. Рухляда, Н.Н. Диагностика и лечение манифестного аденомиоза. / Н.Н. Рухляда. – СПб. – 2004. – 204 с.
8. Союнов, М.А. Клиника, диагностика и лечение узловой формы аденомиоза матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – акушерство и гинекология. / М.А. Союнов. – М.: Всесоюзный научно-исследовательский центр охраны материнства и детства. – 1987. – 11 с.: рис., табл.
9. Стрижаков, А.Н., Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. // А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. – М.: – Медицина. – 1996. – 330 с.
10. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-тест»: методические рекомендации, издание 3-е. / Ю.В. Готовский, Л.Б. Косарева, Л.Б. Махонькина и др. – М. – «ИМЕДИС». – 2000. – 152 с.
11. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: методические рекомендации. / А.М. Василенко, Ю.В. Готовский, Е.Е. Мейзеров и др. – М.: Науч.-практ. центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ. – 2000. – 28 с.
12. Atri, M. Adenomyosis: US features with histologic correlation in an in-vitro study / M. Atri, C.Reinhold, A.R. Mehio, W.B. Chapman, P.M. Bret. // Radiology. – 2000. – Jun. – Vol. 215. – P. 783-790.
13. Berek J.S., Adashi E.Y., Hillard P.A. // Novak's gynecology. – New-York; London; Paris; 12th Edition 1996; – P. 887–905.
14. Brosent, I.I. The role of myometrial needle biopsies in the diagnosis of adenomyosis / I.I. Brosent, F.G. Barcer. // Fertil. Steril. – 2000. – Vol. 63. – P. 1347-1349.
15. Markham SM. J Med Liban 1999, Jan-Feb; 47 (1): 40–8.
16. Shaw RW. An Atlas of Endometriosis. New-York: «The Parthenon Publishing Group», 1993.

Поступила 28.06.08