

МРНТИ 76.29.48

УДК 618.13-009.7-08:618.14-006.55

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»
Россия, Москва

АННОТАЦИЯ

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

Цель исследования: изучить клинико-anamнестические факторы риска тазовой боли при аденомиозе.

В исследование были включены 120 (n=120) пациенток с диффузным аденомиозом, осложненным тазовой болью, и с безболевым формой болезни, проходивших обследование и лечение в гинекологическом отделении ЦКБ №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 настоящего исследования говорят о том, что отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющийся как индекс здоровья, наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями являются факторами риска. Перенесенные оперативные вмешательства, 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.

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 Vercellini P.(2014) при этой болезни за счет отсутствия границы между базальным слоем эндометрия и миометрием, инициируются проникновение эндометриальных желез в миометрий, а это приводит, в свою очередь, к гипертрофии и гиперплазии прилежащего миометрия [3]. Справедливости ради следует отметить, что распространенность аденомиоза с каждым годом растет и у женщин репродуктивного возраста составляет от 12% до 40% [1, 2, 3].

Одним из доминирующих клинических симптомов аденомиоза является тазовая боль (ТБ). Согласно дефиниции Международной ассоциации по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP), синдром тазовой боли представляет собой самостоятельное заболевание, которое проявляется постоянными болями

в нижних отделах живота и пояснице в течение 6 и более месяцев[4]. Согласно данным Яроцкой Е.Л. (2016), синдром тазовой боли классифицируется следующим образом:

1) синдром тазовой боли, сопутствующей определенным гинекологическим заболеваниям;

2) хроническая тазовая боль в отсутствие таковых [5].

Для упрощения понимания клиницистов, первый вариант дефинируется как «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием», а второй «синдром хронической тазовой боли».

Следует признать то, 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-anamнестические факторы риска тазовой боли при аденомиозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами изучены клинико-анамнестические особенности у пациенток с аденомиозом. Было обследовано 120 (n=120) пациенток с диффузным аденомиозом, с болевой и безболевой формой болезни, проходивших обследование и лечение в гинекологическом отделении ЦКБ №6 РЖД г. Москвы (зав.отделением д.м.н. профессор Духин А.О.). В зависимости от интенсивности болевого синдрома согласно алгологической шкале ВАШ (визуальная аналоговая шкала) пациентки основной группы были стратифицированы на три группы. 30 (n=30) пациенток I группы предъявляли жалобы на ТБ слабой интенсивности, 30 (n=30) больных II группы – на ТБ умеренной интенсивности, 30 (n=30) женщин III группы – на болевой синдром выраженной интенсивности. Контрольную группу составили 30 (n=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 визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Шкала выглядит как линейка, на которой нанесены цифры от 0 (нет боли) до 10 (нестерпимая боль), и расстояние между цифрами составляло 1 см, каждый сантиметр соответствует одному 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 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 (зав. кафедрой — член-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. Радзинский В.Е.) Медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов» (ректор — академик РАО, д. ф.-м. н., проф. В.М. Филиппов).

КРИТЕРИЯМИ ВКЛЮЧЕНИЯ в исследование явились: репродуктивный возраст,

- аденомиоз (эндометриоз матки) верифицированный на основании сонографического и магнитно-резонансного томографии (МКБ N80.0),

- наличие тазовой боли (МКБ N94.8 «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органа-

ми и менструальным циклом»),

- наличие информированного согласия на участие в исследовании.

КРИТЕРИЯМИ ИСКЛЮЧЕНИЯ СЛУЖИЛИ: беременность, период лактации, наличие тазовой боли 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 специально разработанной программе, при детальном изучении анамнеза и сведений, полученных из медицинской документации.

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

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

Для количественных данных использовали методы параметрической статистики: дисперсионный с LSD test 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-Пирсон, где 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 22 совокупность мы рассчитывали границы 95% доверительного интервала (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст пациенток был от 21 года до 43 лет, средний возраст составил $33,7 \pm 7,0$ лет.

Анализ социального статуса пациенток изучаемой когорты показал, что почти половина (41,67%) обследованных женщин были служащими, треть – домохозяйками (29,17%), около трети (23,33%) — рабочими. Достоверно больше студенток оказалось среди пациенток с ТБ слабой интенсивности ($p < 0,05$).

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

Анализ менструальной функции продемонстрировал, что практически у каждой третьей пациентки (78,33%) с болевой формой аденомиоза менструальный цикл был нерегулярным. Важно подчеркнуть, что у половины 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.

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 – $19,0 \pm 0,1$ лет, у пациенток без болевого синдрома – 18,9 лет.

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 I группы, 46,67% пациенток II 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%) пациентки связывали нерегулярные половые отношения не только с ТБ, но и диспареунией.

Анализ исходов беременности пациенток изучаемой когорты установил, что распространенность самопроизвольных абортотворений было 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 полости матки под контролем гистероскопии. Причем пациенткам с ТБ слабой интенсивности выскабливание слизистой полости матки проводилось на 1,1 раза реже, чем пациенткам II группы и на 1,2 раза реже, чем пациенткам

III группы ($p < 0,05$). Следует отметить, что изложенные данные создают благоприятные условия для инвазии и роста эндометриальных клеток в миометрии, что ведет к нейродистрофическим изменениям в зоне гистобиологического барьера, возникающего 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, 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 третьей 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%) пациенток.

Эти данные говорят о том, что индекс здоровья обследованных женщин был достоверно 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 эндометриодных 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 раз, с тазовой болью умеренной интенсивности в 5,0 раз, в сравнении с женщинами группы контроля ($p < 0,05$). Сальпингэктомии в анамнезе была произведена у 2-х женщин: у одной из них – в связи с трубной беременностью, у второй – в связи с наличием гидросальпинкса (лапароскопическая сальпингэктомия).

Таким образом, результаты настоящего исследования показывают, что отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющийся как низкий индекс здоровья, наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями – факторы риска, а высокая частота перенесенных оперативных вмешательств и оперативные

вмешательства на матке, создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования хронического болевого синдрома при аденомиозе.

ВЫВОД

На основании проведенных клинико-anamnestических исследований нами были выявлены определенные факторы риска тазовой боли 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 аборт (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);

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эндометриоз: диагностика, лечение, реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013 // www.petrus.ru/Chairs/Midwifery/2.pdf.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина, 2006.
3. Vercellini P. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis // *Human reproduction*. – 2014. – May. № 29 (5). – P. 964–977.
4. Неймарк А.И., Шелковикова Н.В. Хронический эндометрит как причина рецидивирующего цистита, осложненного синдромом тазовой боли, у женщин репродуктивного возраста. *Акушерство и гинекология*. 2011; 4:100–103.
5. Яроцкая Е. Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных // *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения*. – 2016. – №. 2 (12).
6. Сорокина. А.В. Патогенез, прогнозирование и постгеномная диагностика аденомиоза [Текст]: автореферат дис... д-ра мед. наук : 14.01.01; 14.03.03 / А.В. Сорокина. ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов». – 2012. – 50 с.
7. Клинико-anamnestическая характеристика больных с доброкачественными заболеваниями матки / Сидорова И.С., Унанян А.Л., Жолобова М.Н. и др. // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2012. – № 1. – С. 23–26.
8. Оразов М. Р. Современная концепция патогенеза синдрома хронической тазовой боли, индуцированной аденомиозом // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. – 2016. – №. 2. С. 40–46.
9. Оразов, М. Р. Клинико-anamnestическая характеристика больных с хроническим тазовым болевым синдромом, обусловленным аденомиозом / М. Р. Оразов // *Медико-соціальні проблеми сім'ї*. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 63-66.

REFERENCES

1. Endometrioz: diagnostika, lechenie, reabilitatsiya. Federalnyie klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bolnyih. M., 2013 // www.petrus.ru/Chairs/Midwifery/2.pdf.
2. Adamyan L.V., Kulakov V.I., Andreeva E.N. Endometriozyi. Rukovodstvo dlya vrachey. 2-e izd. M.: Meditsina, 2006.
3. Vercellini P. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis // *Human reproduction*. – 2014. – May. # 29 (5). – P. 964–977.
4. Neymark A.I., Shelkovikova N.V. Hronicheskiy endometrit kak prichina retsidiviruyushego tsistita, oslozhnennogo sindromom tazovoy boli, u zhenschin reproduktivnogo vozrasta. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2011; 4:100–103.
5. Yarotskaya E. L. Tazovyye boli v ginekologii: sovremennyye podhody k obsledovaniyu, lecheniyu i reabilitatsii bolnyih // *Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya*. – 2016. – #. 2 (12).
6. Sorokina. A.V. Patogenez, prognozirovaniye i postgenomnaya diagnostika adenomioza [Tekst]: avtoreferat dis... d-ra med. nauk : 14.01.01; 14.03.03 / A.V. Sorokina. FGBOU VPO «Rossiyskiy universitet druzhby narodov». – 2012. – 50 s.
7. Kliniko-anamnesticheskaya harakteristika bolnyih s dobrokachestvennyimi zabolevaniyami matki / Sidorova I.S., Unanyan A.L., Zholobova M.N. i dr. // *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. – 2012. – # 1. – S. 23–26.
8. Orazov M. R. Sovremennaya kontseptsiya patogeneza sindroma hronicheskoy tazovoy boli, indutsirovannoy adenomiozom // *Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina*. – 2016. – #. 2. S. 40–46.
9. Orazov, M. R. Kliniko-anamnesticheskaya harakteristika bolnyih s hronicheskim tazovym bolevym sindromom, obuslovlennym adenomiozom / M. R. Orazov // *Mediko-sotsialni problemi sim'yi*. – 2014. – T. 19, # 1. – S. 63-66.

SUMMARY

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

Federal state Autonomous educational institution «Russian peoples friendship RUDN- University

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 of the study: to study the clinical and anamnestic risk factors of pelvic pain, with adenomyosis.

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.

The results of this study demonstrate that 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.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАМБАС АУРУЫ СИНДРОМЫМЕН БІРГЕ ЖҮРЕТІН АДЕНОМИОЗБЕН АУЫРАТЫН
ПАЦИЕНТТЕРДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ-АНАМНЕСТИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ.

М. Р. Оразов, В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, А.О. Духин, Л.Р. Токтар, Ю.С. Читанова

«Ресей халықтар достығы университеті» ЖБ ФМАББМ
Ресей, Мәскеу

Аденомиозбен байланысты жамбас ауруы синдромы репродуктивті жастағы әйелдерде кең таралған ауру болып табылады. Оны анықтау жиілігі популяцияда 10-нан 53% - ға дейін өзгереді.

Зерттеу мақсаты: аденомиоз кезінде жамбас ауруы қаупінің клиникалық-анамнестикалық факторларын зерттеу.

Зерттеуге Мәскеу қ. №6 РЖД ОКА гинекологиялық бөлімшесінде тексеруден және емделуден өткен жамбас ауруы мен аурудың ауырсынусыз түрімен асқынған 120 (n =120) диффузды аденомиозы бар пациенттер енгізілді. Әрбір пациентке жеке карта жасалды, онда 171 белгі шифрленді. Зерттелетін параметрлер паспорттық және антропометриялық деректерді, білімі, әлеуметтік мәртебесі, кәсіби зияндылықтың, шағымдардың, бастан кешкен аурулардың болуы туралы мәліметтерді көрсетті.

Осы зерттеудің нәтижелері денсаулық индексі төмен болатын созылмалы гинекологиялық және соматикалық анамнез, ісік аурулары тұқым қуалайтын ауырлығы ықпал ететін факторлар болып табылатындығын, ал асқынған операциялық араласулардың жоғары таралуы, кіші жамбас органдарының созылмалы, ұзақ ағымдағы қабыну процестері аденомиоз кезінде созылмалы жамбас ауырсыну синдромының одан әрі өршуі үшін қолайлы жағдай туғызатынын көрсетеді.

Түйінді сөздер: аденомиоз, жамбас ауруы, эндометриоз.