



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Д.м.н., профессор **Худоярова Дилдора Рахимовна**,
Ординатор **Юлдашева Дилдор Эркиновна**,
Ординатор **Кучкоров Акмал Туйчиевич**,
Ординатор **Ширинова Мадина Тахировна**

Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10641181>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 04-fevral 2024 yil

Ma'qullandi: 06-fevral 2024 yil

Nashr qilindi: 09-fevral 2024 yil

KEY WORDS

*гиперплазия, лейомиома,
аденомиоз, пременопаузальный
возраст, гистероскопия.*

ABSTRACT

Аденомиоз – одно из самых распространенных заболеваний, занимающее третье место в структуре гинекологических заболеваний после воспалительных заболеваний и миомы матки. Цель исследования – провести сравнительное изучение клинических проявлений аденомиоза в зависимости от глубины расположения эндометриoidных гетеротопий в толще миометрия и выраженности гиперплазии перифокальной лейомиомы. В исследование было включено 30 женщин в пременопаузе с диагнозом аденомиоз, которые были разделены на две группы. Женщины первой группы имели более благоприятные показатели, в отличие от женщин второй группы. Осложнения и рецидивы кровотечений чаще наблюдались у женщин второй группы.

Актуальность. Аденомиоз – одно из самых распространенных заболеваний, занимающее третье место в структуре гинекологических заболеваний после воспалительных заболеваний и миомы матки. По данным ряда авторов, его частота колеблется от 12 до 50%, и в последние годы наблюдается устойчивый рост этого показателя.

Довольно долгое время считалось, что аденомиоз встречается в основном у женщин репродуктивного возраста. Однако последние исследования показывают, что аденомиоз является заболеванием преимущественно позднего репродуктивного и перименопаузального периодов [1,5,7,19].

По данным А.И. Ищенко (2022), аденомиоз диагностируется более чем у 60% женщин в возрасте 40-50 лет и выявляется у 30% пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального периодов, перенесших тотальную гистерэктомию.

Аденомиоз принято классифицировать по глубине поражения мышечной стенки матки. Согласно классификации, предложенной Железновым Б.И. и Стрижаковым А.Н. (2021),

различают три степени внутреннего генитального эндометриоза: I степень – прорастание слизистой оболочки на глубину одного поля зрения при малом увеличении микроскопа; II степень – разрастание эндометриоидной ткани примерно до середины толщины маточной стенки; III степень – в патологический процесс вовлекается вся толща маточной стенки.

Ряд клинико-диагностических, патогенетических и прогностических особенностей аденомиоза отличают его от других форм эндометриоидного заболевания. По сей день для обозначения гетеротопических поражений в теле матки продолжают использоваться два термина: «аденомиоз» и «внутренний эндометриоз». Считается, что термин «аденомиоз» не всегда является синонимом «врожденного эндометриоза». По мнению Б.И. Железновой и А.Н. Стрижакова, термин «аденомиоз» следует применять только к диффузным, очаговым и узловым формам патологии, при которых отмечается утолщение миометрия вследствие гиперплазии гладкомышечных клеток [2,8,12,20].

Диагностика аденомиоза является сложной задачей для клинициста в связи с большим разнообразием клинических проявлений заболевания, отсутствием патогномичной симптоматики, многогранным характером нарушений, с частой субъективной интерпретацией данных, полученных при оценке инструментальных методов обследования, а также частым сочетанием гиперпластических процессов в матке. Наиболее распространенным сопутствующим заболеванием аденомиоза является лейомиома матки, которая диагностируется в 50-85% случаев.

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о неоднозначности и недостаточной изученности вопросов, касающихся механизмов возникновения аденомиоза и его сочетания с лейомиомой, значимости лейомиоматозной пролиферации для клинического течения аденомиоза.

Цель исследования. Провести сравнительное исследование клинических проявлений аденомиоза в зависимости от глубины расположения эндометриоидных гетеротопий в толще миометрия и выраженности перифокальной лейомиоматозной гиперплазии.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 женщин в пременопаузе с диагнозом аденомиоз, которые были разделены на две группы:

1-я группа: 15 пациентов с верифицированным диагнозом аденомиоза без лейомиомы или лейомиотической пролиферации.

2-я группа: 15 пациенток перименопаузы, у которых был диагностирован аденомиоз в сочетании с лейомиомой матки.

Исследование проводилось в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета в отделении гинекологии. Были использованы следующие методы обследования:

- гинекологический статус
- клинический анализ крови
- УЗИ органов малого таза
- цветное доплеровское картирование
- Гистероскопия

Ультразвуковые методы исследования органов малого таза проводились с помощью ультразвуковых сканеров TOSHIBA SONOLAYER SSA-250A (Япония), Siemens Sonoline Antares (Германия) и Aloka-500 (Япония). При этом оценивалось состояние органов

малого таза, а также состояние эндометрия, эндометриоидных очагов, наличие других патологий, особенно миоматозных узлов. Гистероскопия проводилась под общим наркозом в частной клинике по договоренности на 5 день менструального цикла.

Для вариационной и статистической обработки результатов исследования использовалась программа Statistica6.0 для определения ключевых вариационных показателей среднего значения (M), ошибки среднего (m) и стандартного отклонения (p). Достоверность полученных результатов определяли с помощью теста Стьюдента. Когда значение P было меньше 0,05, разница между двумя средними считалась значимой. Уровень надежности составил не менее 95%.

Результаты и обсуждение. Большинство (18-60%) пациенток обеих групп жаловались на аномальные кровотечения из матки и обильные менструальные кровотечения.

Почти каждая третья женщина первой группы (4-26,7%) отметила длительный и болезненный менструальный период, в то время как во 2-й группе этот показатель присутствовал у 40%.

Также в 20% и 40% группах были пациенты с рецидивирующими аномальными кровотечениями. По сравнению с остальными пациентами они в два раза чаще жаловались на боли внизу живота и пояснице ($p < 0,001$).

При анализе акушерского анамнеза исследуемых женщин отмечено, что все женщины были беременны и имели детей. У 2 женщин второй группы (13,3%) отмечалось первичное бесплодие. При анализе количества беременностей в среднем у каждой женщины в первой группе было 3,2 беременности, а во второй группе – 2,4 беременности. При этом примечательно, что ни у одной из обследованных из первой группы не было 4 и более беременностей ($p < 0,05$).

Частота медикаментозных абортс составила 2 (13,33%) и 4 (26,67%) случая у пациенток 1 и 2 групп соответственно. В первой группе 80% беременностей закончились родами, включая дородовую гибель плода, преждевременные роды и другие осложнения у некоторых женщин. Во второй группе – 64,5% беременностей закончились родами. При этом у женщин второй группы было больше случаев антенатальной гибели плода, преждевременных родов и других осложнений.

Результаты исследования доплеровских параметров в маточных артериях у женщин с аденомиозом выявили следующие особенности кровотока в маточных артериях:

- конечная скорость диастолического кровотока была почти в три раза выше этого показателя у женщин первой группы, в отличие от первой;

- максимальная систолическая и средняя скорость кровотока были достоверно выше аналогичных показателей у женщин

- первая группа;

- снижение сопротивления кровотоку наблюдалось у женщин с аденомиозом, что проявлялось значительным снижением систоло-диастолического соотношения, показателей сопротивления и пульсации. При наличии сопутствующих патологий, таких как лейомиома, эти показатели были еще хуже.

Заключение. Сравнительный анализ изучения клинических проявлений аденомиоза у этих пациенток в зависимости от глубины расположения эндометриоидных гетеротопий в толще миометрия и выраженности перифокальной лейомиоматозной

гиперплазии имел различный характер. Женщины первой группы имели более благоприятные показатели, в отличие от женщин второй группы. Осложнения и рецидивы кровотечений чаще наблюдались у женщин второй группы.

Список литературы:

1. Аскарлова З. З. и др. Значение гистероскопии и генетических исследований женщин с аномальными маточными кровотечениями в перименопаузе //Eur J Mol Clin Med. – 2021. – Т. 8. – No 1. – С. 409-416.
2. Аскарлова З., Рагимова А. О. РЕЦИДИВ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ, БАХОЛАШДАҚОН, ЗАРДОБЫДА, ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ПЕЧЕНИ, УЗУЛИРОВАНИЕ ЭРОЗИИ ЦИЛИНДРА. – 2023. – Т. 3. – No 4. – С. 120-123.
3. Bourdon M. et al. Аденомиоз: обновленная информация о диагнозе и клинических особенностях // Журнал гинекологии, акушерства и репродукции человека. – 2021. – Т. 50. – No 10. – С. 102228.
4. Chapron C. et al. Диагностика аденомиоза: комплексный клинико-визуализирующий подход //Репродукция человека. – 2020. – Т. 26. – No 3. – С. 392-411.
5. Худоярова Д. Р., Шопулотова З. А., Солиева З. М. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – No 5. – С. 25-29.
6. Худоярова Д. С. Д. Р., Тилавова С. А., Шопулотова З. А. Проявления обследования хронического пиелонефрита у беременных (клинический случай) //Тематический журнал микробиологии. – 2022. – Т. 6. – No 1.
7. Рахимовна К. Д., Абдумуминовна С. З. Травматизация половых органов. – 2022.
8. Шопулотова З. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ //Международный вестник медицинских наук и клинических исследований. – 2023. – Т. 3. – No 8. – С. 22-25.
9. Шопулотова З. А., Зубайдиллоева З. К., Худоярова Д. Р. КОМОРБИДНЫЕ СОБЫТИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ПРОФИЛАКТИКА ЭТИХ СОСТОЯНИЙ // Бюллетень педагогов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – No 9. – С. 35-38.
10. Шопулотова З. А. и др. ЯВЛЕНИЯ КОМОРБИДНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.
11. Zhai J. et al. Аденомиоз: механизмы и патогенез //Семинары по репродуктивной медицине. - 333 Седьмая авеню, 18-й этаж, Нью-Йорк, Нью-Йорк 10001, США: Thieme Medical Publishers, Inc., 2020. – Т. 38. – No 02/03. – С. 129-143.
12. Зафарджановна К. Ф., Нуралиевна С. Н., Зафарджоновна А. З. Особенности морфологического строения эндометрия у женщин репродуктивного возраста с аномальными маточными кровотечениями //Научный журнал исследований травмы и инвалидности. – 2022. – Т. 1. – No 10. – С. 258-262.
13. Зафаровна А. З., Ойбековна Р. А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ //Американский журнал междисциплинарных исследований и разработок. – 2023. – Т. 14. – С. 81-84.
14. Аскарлова З. З., Алиева Д. А. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ //ЖУРНАЛ

- РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
15. Беженарь В. Ф. и др. Аденомиоз и фертильность: современный взгляд на проблему (обзор литературы) //Журнал акушерства и женских болезней. – 2022. – Т. 71. – №. 1. – С. 109-18.
16. Лызикова Ю. А. и др. ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ //«Гомельский государственный медицинский университет», 2023. – С. 124.
17. Ланчинский В. И. и др. Проблема редких опухолей в гинекологии: клинический случай доброкачественной забрюшинной склерозирующей пекомы малого таза у женщины 49 лет //Research'n Practical Medicine Journal. – 2022. – Т. 9. – №. 2. – С. 113-124.
18. Муратова Н. и др. Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике аденомиоза и миомы матки у молодых женщин //in Library. – 2021. – Т. 21. – №. 4. – С. 66-68.
19. Резник М. В. и др. Аденомиоз и миома матки с точки зрения коморбидности (обзор литературы) //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Т. 21. – №. 2. – С. 43-47.
20. Цхай В. Б. Аденомиоз. Контраверсии современности. – 2020.

INNOVATIVE
ACADEMY