



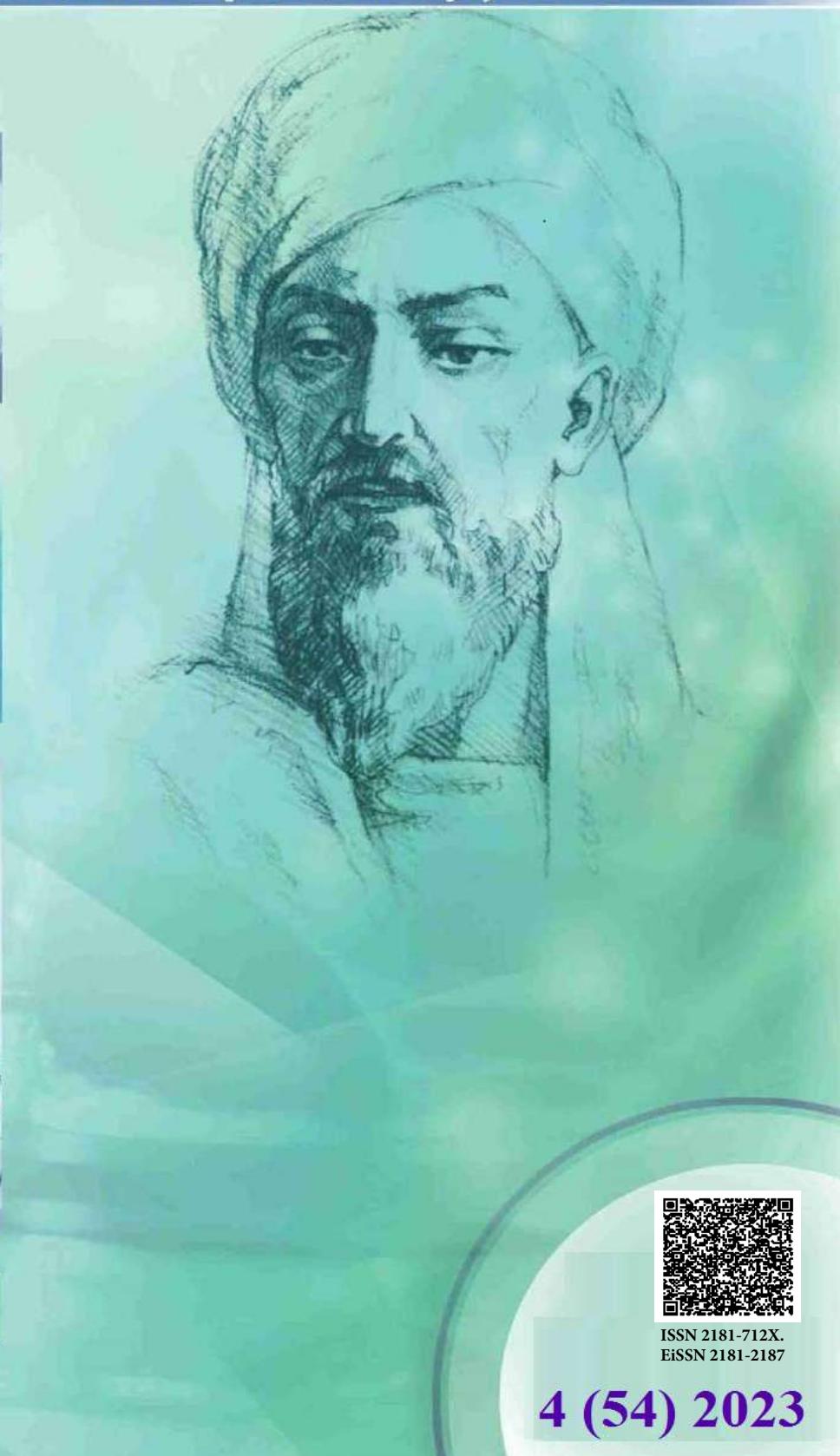
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

апрель

Received: 20.03.2023, Accepted: 25.03.2023, Published: 15.04.2023.

УДК 616-073+618.5

РОЛЬ ЭНДОМЕТРИОЗА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Сайджалилова Д.Д., Email: SaidjalilovaD@mail.ru

Мадолимова Н.Х., <https://orcid.org/0000-0002-7749-4761>

Аюпова Д.А. Email: AyupovaD@mail.ru

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ *Резюме*

Эндометриоз и аденоомиоз вызывают не только такие симптомы, как дисменорея, хроническая тазовая боль и бесплодие, но в последнее время они также стали причиной ряда акушерских осложнений. За последние несколько лет связь между эндометриозом, аденоомиозом и неблагоприятными исходами беременности изучается как новая проблема в области репродуктивной медицины. В статье подробно описаны частота акушерских осложнений, связанных с эндометриозом или аденоомиозом, и обсуждены возможные патофизиологические механизмы развития осложнений гестации.

Ключевые слова: эндометриоз, аденоомиоз, беременность, акушерские осложнения.

THE ROLE OF ENDOMETRIOSIS IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATED PREGNANCY AND DELIVERY

Saidjalilova D.D., Madolimova N.H., Ayupova D.A.

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz

✓ *Resume*

Endometriosis and adenomyosis not only cause symptoms such as dysmenorrhea, chronic pelvic pain and infertility, but they have also recently become a cause of a number of obstetric complications. Over the past few years, the association between endometriosis, adenomyosis and adverse pregnancy outcomes has been studied as an emerging issue in the field of reproductive medicine. The article describes in detail the frequency of obstetric complications associated with endometriosis or adenomyosis, and discusses the possible pathophysiological mechanisms for the development of complications of gestation.

Key words: endometriosis, adenomyosis, pregnancy, obstetric complications.

ASORATLANGAN HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECHISHIDA ENDOMETRIOZNING ROLI

Saidjalilova D.D., Madolimova N.H., Ayupova D.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

✓ *Rezyume*

Endometrioz va adenomioz nafaqat dismenoreya, surunkali chanoq sohasidagi og'riqlar, bepushtlik kabi simptomlarni keltirib chiqaradi, balki so'nggi vaqtarda ular bir qator akusherlik asoratlariiga ham sabab bo'lmoxda. Endometrioz, adenomioz va homiladorlik asoratlari o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik reproduktiv tibbiyot sohasida yangi mavzu sifatida rivojlanmoqda. Ushbu maqolada endometrioz va adenomioz bilan bog'liq akusherlik asoratlarining uchrash chastotasi batafsil yoritilgan va homiladorlik asoratlari rivojlanishining patofiziologik mexanizmlari muhokama qilingan.

Kalit so'zlar: endometrioz, adenomioz, homiladorlik, akusherlik asoratlari.

Актуальность

За последние несколько лет новым направлением в области репродуктивной медицины стало изучение связи между аденомиозом и неблагоприятными исходами беременности. Согласно докладам экспертов, заболеваемость эндометриозом в активном репродуктивном возрасте в нашей стране, Казахстане и Украине составляет 15-17%, в Белоруссии чуть меньше – 10%. Сходная заболеваемость наблюдается и в других развитых странах. Недавние исследования показали, что эндометриоз не только влияет на бесплодие, но и связан с рядом акушерских осложнений после успешного зачатия. Нарушения плацентации, повышенная экспрессия циклооксигеназы-2, секреция простагландинов и хроническое воспаление в эктопическом эндометрии, раннее созревание шейки матки и повышение тонуса и сократительной способности матки у женщин с эндометриозом может привести к различным неблагоприятным эффектам как для женщины, так и для плода и новорожденного [3,4,9].

Цель исследования: изучить течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с аденомиозом.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ истории родов и амбулаторных карт 203 женщин, находящихся на учете в РПЦ с 2018 по 2021 гг. Согласно данным амбулаторных карт, клинических, ультразвуковых данных аденомиозом страдали 30 (14,8%) женщины, гистероскопические критерии выявлены у 37 (18,2%) пациенток. В зависимости от наличия аденомиоза были сформированы две группы: основная группа (n=37) - беременные с аденомиозом 1 и 2 степени, контрольная группа (n=166) - условно-здоровые беременные без эндометриоза (метод случайной выборки). Статистический анализ полученных данных проводили при помощи стандартных методов математико-статистической обработки с использованием программы Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 6.0. Различия между группами считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результат и обсуждения

Сравнительный анализ исходов гестации показал, что в группе пациенток с аденомиозом частота живорождения составила 90,6%, тогда как в контрольной группе этот показатель был выше и составил 98,7%. Состав репродуктивных потерь по совокупности складывался из самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, антенатальной гибели плода, очень ранних и ранних преждевременных родов, некоторые закончившиеся ранней неонатальной смертностью, показателей контрольной группы в 2,7 раза (3,01%). Неразвивающаяся беременность в группе женщин с аденомиозом встречалась в 2 случаях (5,4%) в сроках 8-10 недель и в 15-16 недель гестации. Видимо это связано с нарушениями процессов имплантации и плацентации на фоне аденомиоза, что подтверждается данными других исследователей [7,8].

Наиболее частыми осложнениями второй половины беременности были очень ранние и ранние преждевременные роды, частота которых в группе женщин с аденомиозом составила 13,5%, что выше значений группы женщин без аденомиоза в 22 раза. В контрольной группе очень ранних преждевременных родов не было, и только у 1 (0,6 %) пациентки беременность закончилась ранними преждевременными родами в сроке 28-29 недель беременности. В итоге, частота преждевременных родов составила 24,3 % в группе беременных на фоне аденомиоза, что в 5 раз чаще, чем у женщин без аденомиоза, при этом двух (1,2%) беременных из контроля экстренно прооперированы в сроках 32-34 недели в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, 1 (0,6 %) пациентку - в связи с тяжелой преэкламсией и 2-х (1,2 %) - в связи с критическим состоянием плода на фоне задержки внутриутробного развития 2 степени.

Частота осложнений гестационного процесса у беременных с аденомиозом составила 62,2% (23 пациентка) против 17,5% (29 пациенток) у беременных контрольной группы. У беременных с аденомиозом отмечено значимое ($p<0,05$) увеличение частоты гипертензивных нарушений – 59,5% (контрольная группа - 16,3%), плацентарной дисфункции с нарушением гемодинамики плода – 48,6 % (контроль - 22,3%), СОРП - у 10,8% (в контрольной группе не наблюдался). Как видно из таблицы 2, в контрольной группе частота осложнений гестационного процесса была значительно ниже.

Индукция родовой деятельности (Гландин Е) в связи с перенашиванием беременности и незрелостью родовых путей была проведена у 6 пациенток, что составило 16,2%. Из них 2 (33,3%) беременных были прооперированы в плановом порядке в связи с неэффективностью индукции и 1 (16,7%) беременной - в

экстренном порядке в связи с развивающимся ухудшением внутриутробного состояния плода. В группе контроля индукция родов проводилась 5 (3,0%) беременным, у всех состоялись консервативные роды.

В родах первичная слабость родовой деятельности отмечена у 8 (21,6%) рожениц, вторичная - у 3 (8,1 %), дискоординация родовой деятельности - у 4 (10,8%) рожениц. Неубедительное состояние плода явилась показанием к проведению экстренного кесарева сечения у 7 (18,9%) пациенток. В контрольной группе осложнения встречались значимо реже ($p<0,05$), и соответствовали стандартной общепопуляционной частоте патологии родового акта. И как следствие увеличенная частота осложнений беременности и родов, доля экстренных кесаревых сечений в основной клинической группе превышала данный показатель группы контроля почти в 5 раз, составив 29,7% против 6,0% в группе контроля ($p<0,001$).

Среди осложнений послеродового периода у родильниц с аденомиозом отмечалась относительно контроля высокая частота гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде 8,1% и гематометры – 16,2% (в группе контроля 1,8% и 3,0%, соответственно ($p < 0,05$)).

Обращала на себя внимание значимая частота плотного прикрепления плаценты - 5,4% ($p<0,05$), в 4,5 раз превышающая общепопуляционный показатель и показатель группы контроля (1,2%). Также, в группе родильниц с аденомиозом отмечен 1 случай (2,7 %) *«placenta increta»*, закончившийся метропластикой участка истинного приращения плаценты. Субинволяция матки была диагностирована в группе родильниц с аденомиозом в 24,3%, лохиометра — 8,1%, тогда как в контрольной группе они наблюдались намного реже и составили 3,6% и 0,6%, соответственно.

Заключение

Таким образом, для женщин с аденомиозом характерно повышение частоты репродуктивных потерь, осложнений гестации, родов и послеродового периода, что обуславливает необходимость выявления и своевременной коррекции данной патологии даже на ранних стадиях в комплексе предгравидарной подготовки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зайратянц О.В., Андреева Е.Н., Адамян л.В., Сонова М.М., Урумова л.Т., и др. Эндометриоз: новый опыт негормональной лекарственной терапии. // Проблемы репродукции. 2018;24(6):113-120. <https://doi.org/10.17116/repid201824061113>
2. Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н., шанина Т.Б. Аденомиоз как самостоятельный фенотип дисфункции эндометрия. // Эффективная фармакотерапия. 2015;1(5):62-68. eLIBRARY ID: 23109304
3. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Коган Е.А., Белогубова С.Ю., Демура Т.А., и др. Эндометриоз, аденомиоз, хронический эндометрит: клинико-патогенетические взаимоотношения и репродуктивные неудачи. // Акушерство и гинекология. – 2018;10:136-40. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.10.136-140>
4. Shang W.Q., Yu J.J., ZhuL., Zhou W.J., Chang K.K., et al. Blocking of IL-22, a potential strategy for the treatment of adenomyosis by inhibiting crosstalk between the vasoendothelial and endometrial stromal cells. // Am. J. Transl. Res. 2015;7(10):1782-1797. PMID:26692924
5. Tapmeier T.T., Becker M.K. A pale way to understand adenomyosis? // Fertility and Sterility. 2015;104(6):1378-1378. <https://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.10.005>
6. Benadiano G. Brosens I., Habib M. Adenomyosis: the approach from the point of view of the life cycle // Reproductive BioMedicine Online. 2015;30(3):220-232. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.11.005>
7. Berlac J.F., Hartwell D., Skovlund C.W., Langhoff-Roos J., Lidegaard Q. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications. // ActaObstetGynecolScand 2017;96(6):751-760. <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13111>
8. Salim R., Riris S., Saab W., Abramov B., Khadum I., et al. Adenomyosis reduces pregnancy rates in infertile women undergoing IVF. // ReprodBioMed Online. 2012;25(3):273-277 <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.05.003>.
9. Hamdan M., Omar S.Z., Dunselman G., Cheong Y. Influence of endometriosis on assisted reproductive technology outcomes: a systematic review and meta-analysis // Obstet. Gynecol. 2015;125(1):79-88. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000592>
10. Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., Мишиева О.И. Кирикова Ю.М., Цechoева Т.С. и др. Эндоскопические критерии аденомиоза. Тезисы доклада конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». - М.; 1997.
11. Могильная Г.М., Кущенко И.И., Симоновик А.Н. Морфометрическая характеристика ядер клеток переходной зоны миометрия при аденомиозе. //Кубанский научный медицинский вестник. 2016;3:88-91. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2016-3-88-91>.

Поступила 20.04.2023

