



**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. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (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)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**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**

*апрель*

УДК 618.145-007.415-07

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ

Муминова Н.Х. <https://orcid.org/0009-0000-3305-7503>

Джумаева С.Т. <https://orcid.org/0009-0002-9619-9132>

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Узбекистан  
Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская №51 Тел: +998 (71)268-17-44 E-mail:  
[info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)

### ✓ Резюме

Эндометриоз один из гинекологических патологий которая часто приводит к женскому бесплодию. Женщины с этой патологией часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодия (37%) и с нарушением менструального цикла. Целью настоящего исследования явился анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН. Обследованы 38 женщины репродуктивного возраста с эндометриозом, у которых было проанализировано течение болезни, с изучением анализов и диагностических исследований. Внедрение инновационных лабораторных исследований для установления причины ЭН являются перспективным направлением решением задач, касающихся ЭН.

**Ключевые слова:** эндометриоз, УЗИ, онкомаркеры, лабораторные анализы

## GINEKOLOGIYADA ENDOMETRIOZ DIAGNOSTIK MEZONLARI

Muminova N.X., Djumaeva S.T.

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, Parkentskaya ko'chasi 51-uy Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: [info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)

### ✓ Rezyume

Endometriozi (EN) ko'pincha ayollarning bepustligiga olib keladigan ginekologik patologiyalardan biridir. Ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollar ko'pincha tos a'zolaridagi og'riqlar (34%), bepustlik (37%) va hayz davrining buzilishi uchun mutaxassisga murojaat qilishadi. Tadqiqotning maqsadi EN bilan kasallangan reproduktiv davrdagi bemorlarning tarixi va diagnostik testlarini tahlil qilish edi. Endometrioqli reproduktiv yoshdagi 38 ayol, ularda kasallikning borishi tahlil qilingan va diagnostik tadqiqotlar o'rganilgan. EN sabablarini aniqlash uchun innovatsion laboratoriya tadqiqotlarini joriy etish EN bilan bog'liq muammolarni hal qilishda istiqbolli yo'nalish hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** Endometriozi, ultratovush tekshiruvi, onkomarkerlar, laborator analizlar

## DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ENDOMETRIOSIS IN GYNECOLOGY

N.Kh. Muminova, S.T. Djumaeva

Center for the development of professional qualifications of medical workers Uzbekistan Tashkent, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street No. 51 Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: [info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)

### ✓ Resume

Endometriosis is one of the gynecological pathologies that often leads to female infertility. Women with this pathology often turn to a specialist for pelvic pain (34%), infertility (37%) and menstrual irregularities. Endometriosis is one of the gynecological pathologies that often leads to female infertility. Women with this pathology often turn to a specialist for pelvic pain (34%),

*infertility (37%) and menstrual irregularities. The purpose of this study was to analyze the history data and diagnostic tests of patients of the reproductive period with EN.*

*Research 38 women of reproductive age with endometriosis, in whom the course of the disease was analyzed, with the study of analyzes and diagnostic studies. The introduction of innovative laboratory research to determine the cause of EN is a promising direction in solving problems related to EN.*

*Key words: Endometrioz, ultrasonografiya, onkomarkers, labor reserch*

### Актуальность

Качество жизни женщин репродуктивного периода имеет ряд своих особенностей и гинекологические заболевания имеют немаловажную роль в его становлении.

В настоящее время среди женщин репродуктивного периода часто встречаются различной локализации эндометриоз (ЭН), как экстрагенитального так и генитального расположения, особенно много сочетанные патологии такие как ЭН с опухолевидными образованиями или изменениями в яичниках, в том числе и поликистозные яичники (ПКЯ) (1,2).

Эндометриоз один из гинекологических патологий которая часто приводит к женскому бесплодию. Женщины с этой патологией часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодия (37%) и с нарушением менструального цикла (1,5).

В настоящее время наряду с дискуссиями об этиологии, механизмах патогенеза, схемах лечения как ЭН существует ряд вопросов, касающихся, которых мы должны лечить в самом начале и удовлетворить желание пациентки.

К сожалению, в литературе мало данных анализа, посвященных основным проблемам лечения бесплодия и отдаленных осложнений у пациенток с ЭН.

Есть мнение многих специалистов что имеют место «малые формы» эндометриоза, чаще бессимптомные, которые ведут в заблуждение специалистов при диагностики [1].

Небольшой объем научных публикаций по заявленной теме указывает направление для будущих исследований, открывающих перспективы улучшения лечения бесплодия женщин с эндометриозом и еще чаще с его сочетанными формами. Лечение для реализации репродуктивной функции в указанных группах пациенток должно быть строго индивидуализировано с учетом всех особенностей сочетанных форм.

Достоверных данных по частоте встречаемости сочетанных форм ЭН с другими гинекологическими патологиями, например, с ПКЯ, миомой в литературе нет, хотя эти патологические состояния встречаются при ежедневной практике гинеколога [1,3].

**Целью настоящего** исследования явилось анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН сочетанный с другими гинекологическими доброкачественными опухолевидными заболеваниями.

### Материал и методы

Нами исследовано 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом различного генеза, у которых было проанализировано течение болезни, с изучением анализов и диагностических исследований. Из них у 8 были ЭН+ПКЯ, у 7-ЭН, узловая миома матки, у 18 - МОНО ЭН.

Для выяснения причин заболевания женщины подверглись анкетированию с заранее составленным вопросником.

Возраст пациенток колебался от 19 до 39 лет, составляя, в среднем,  $26,6 \pm 1,6$  года. По роду занятий 22 (57,9%) обследованные являлись служащими, 16 (42,1%) – домохозяйками

Сопутствующая экстрагенитальная патология была обнаружена у 71,1% пациенток, из них заболевания щитовидной железы отмечаются у каждой 3-ей, гинекологические заболевания в анамнезе имели 24 (63,1%).

Менархе у больных: 10-12 лет – 5 (13,1%), 13-15 лет – 11 (23,7%), 16-18 лет – 22 (57,9%). Нормопротекающий цикл был отмечен у 9(23,7%), антепротекающий – у 12 (31,6%), постпротекающий – у 17(44,7%) пациенток. Менструальный цикл был циклическим у 9, ациклическим у 29.

Нарушения менструального цикла по типу олигоопсоменореи 6, гиперполименорея - 19, нормальные кровопотери во время цикла у 13.

На первичное бесплодие в анамнезе указывали 22 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, на вторичное 8.

Повторно беременные - 9(23,7%), из них завершились родами – 11,2%, с привычным невынашиванием беременности – 73%. Характерной особенностью анамнеза больных с гиперандрогенией является спонтанное прерывание более 2/3 всех беременностей в первом триместре (67,8%), половина из них – до 8 недель беременности. Второй пик увеличения частоты самопроизвольных выкидышей был 13-20 недель, вероятно, за счет гинекологических осложнений. В эти сроки у женщин с гиперандрогенией прерывалась каждая третья беременность. Высок был процент неразвивающихся беременностей (10,5%).

Пациенткам в случае сочетанной с другими опухолевидными заболеваниями диагноз выставляли по данным УЗИ (38), МРТ (13), а также с помощью других инструментальных и антропометрических исследований – массо-ростовой индекс, особенности оволосения (по шкале Ферримана-Голлвея), наличие гиперандрогенной дерматии (акне, стрии) только у 1 пациенток (34,7%)(2,3).

Из методов исследования всем 38 пациенткам включали определение содержания в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона радиоиммунологическим методом, АМГ, ингибин В методом ИХЛА, экскрецию 17 – КС в суточной моче - только 23м пациенткам (47,9 %). РИАГ гормонов крови был произведен почти всем из 38, 29 пациенткам на 5-8-й день менструального цикла или, остальным при ациклическом цикле в любой день.

Для диагностики ПКЯ учитывались характерный анамнез, внешний вид и клиническая симптоматика, для ЭН обязательно учитывали болевой синдром, его характер и обращали внимание на давность боли и кратность проведенных антибактериальных лечений, для миомы также симптом боли и гиперполименорея.

### Результат и обсуждения

Анамнез был отягощён у большинства пациенток, где родители по женской линии перенесли различные доброкачественные (17), злокачественные гинекологические заболевания.

ИМТ: норма-7, избыточный все-11, 1ст -12, 2-й степени-8;

Из инструментальных исследований для диагностики проводили УЗИ органов малого таза: уменьшение переднезаднего размера матки и увеличение объема яичников по сравнению с нормой. Объем яичников более 9 см<sup>3</sup>, гиперплазированная строма до 25% объема, более 12-13 атретичных фолликулов диаметром до 10 мм, расположенных по периферии под утолщенной капсулой.

МРТ для исключения опухоли гипофиза было сделано только 5 пациенткам с сопутствующей патологией, где у двоих выявили пролактиному и изменения в турецком седле, МРТ надпочечников – для исключения гиперплазии коры надпочечников только у 3.

Гормональные исследования: базальный уровень ЛГ превышал нормальные показатели у 70% больных, снижение базального уровня ФСГ в 30% случаев, ЛГ/ ФСГ>2,5, гиперпролактинемия (>700 мМЕ/л) встречался у 11 (чаще при центральных формах синдрома), а также увеличение уровня общего и свободного тестостерона, 17-оксипрогестерон при нормальном содержании ДЭА-С.

При превышающих значениях ИМТ, при метаболических нарушениях (43%) назначили корректирующую терапию (диета, лечебная физкультура и метформин или инозитол).

Оперативное лечение из 38 было произведено 5-м пациенткам в объеме клиновидной резекции, удаления эндометриодного очага и узлов миомы матки.

И ни у одной пациентки не были найдены исследования, посвященные к изучению генетической предрасположенности к СПКЯ.

Анализируя данные обследованных женщин с сочетанной гинекологической патологией мы хотели перечислить методы исследования по мере их значимости и необходимости для постановки точного диагноза. Тщательный сбор анамнеза, с выяснением наследственных заболеваний, объективный осмотр, с подсчетом по шкале Галлвея-Ферримана, вычисления ИМТ, для установление степени ожирения, подсчет индекса НОМА, для выявления степени инсулин резистентности, радио иммунные исследования гормонов, ТФД, УЗИ, при

сопутствующей патологии (гиперпролактиемии) и для точной верификации эндометриоза МРТ или МСКТ.

### **Заключение**

На наш взгляд в современной клинике диагноз ЭН, особенно при сочетании с другими опухолевидными заболеваниями ЖПО, особенно если женщину беспокоит бесплодие, следует начать исследование с сбора анамнеза, далее проведение антропометрических, гормональных исследований, хотя они также имеют характерные особенности, в случае отсутствия условий или экономических ресурсов, так как многие пациентки именно из-за этих причин не или поздно обращаются к специалистам. Преемственная практика между эндокринологом и гинекологом будет способствовать своевременной точной диагностики и лечения заболевания. Но верификация эндометриоза предоставляет некоторые трудности и поэтому для точной характеристики распространенности эндометриоидного очага рекомендуем такие специальные методы исследования как МРТ и по показаниям лапароскопию [2,3,5].

Таким образом, для постановки точного диагноза и установления причины сочетанных патологий такие как эндометриоз, СПКЯ, миома матки немаловажное особое значение имеют анамнестические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Внедрение генетических исследований для установления причины ЭН в сочетании с другими опухолевидными состояниями являются перспективным направлением решением задач касающихся в этом направлении [1,4].

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Адамян Л.В., Бургова Е.Н., Ткачев Н.А. и др. Применение динитрозильных комплексов железа с глутатином снижает болевые проявления у крыс с экспериментальным эндометриозом. // Проблемы репродукции. 2013;5:73-80.
2. Варганова И.В., Полушин Ю.С., Беженарь В.Ф. Оптимизация послеоперационного обезболивания больных наружным генитальным эндометриозом тяжелой степени // Ж. Акушерства и женских болезней. 2011;LIX(4):26-31.
3. Боголюбова В.М. - М.: БИНОМ, 2010. - книга 1. - С. 63-77.
4. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриоидная болезнь // Гинекология: Руководство для врачей. /Под ред. В.Н.Серова, Е.Ф.Кира. - М.: Литера, 2008;840.
5. Колотовкина А.В., Калинина Е.А., Коган Е.А. Морфофункциональные особенности эндометрия у больных эндометриозассоциированным бесплодием (обзор литературы) // Консилиум медикум. 2012;4:74-79.
6. Berlanda N., Vercellini P., Fedele L. The outcomes of repeat surgery for recurrent symptomatic endometriosis // Curr Opin Obstet Gynecol. 2010;22(4):320-325.

**Поступила 20.04.2023**